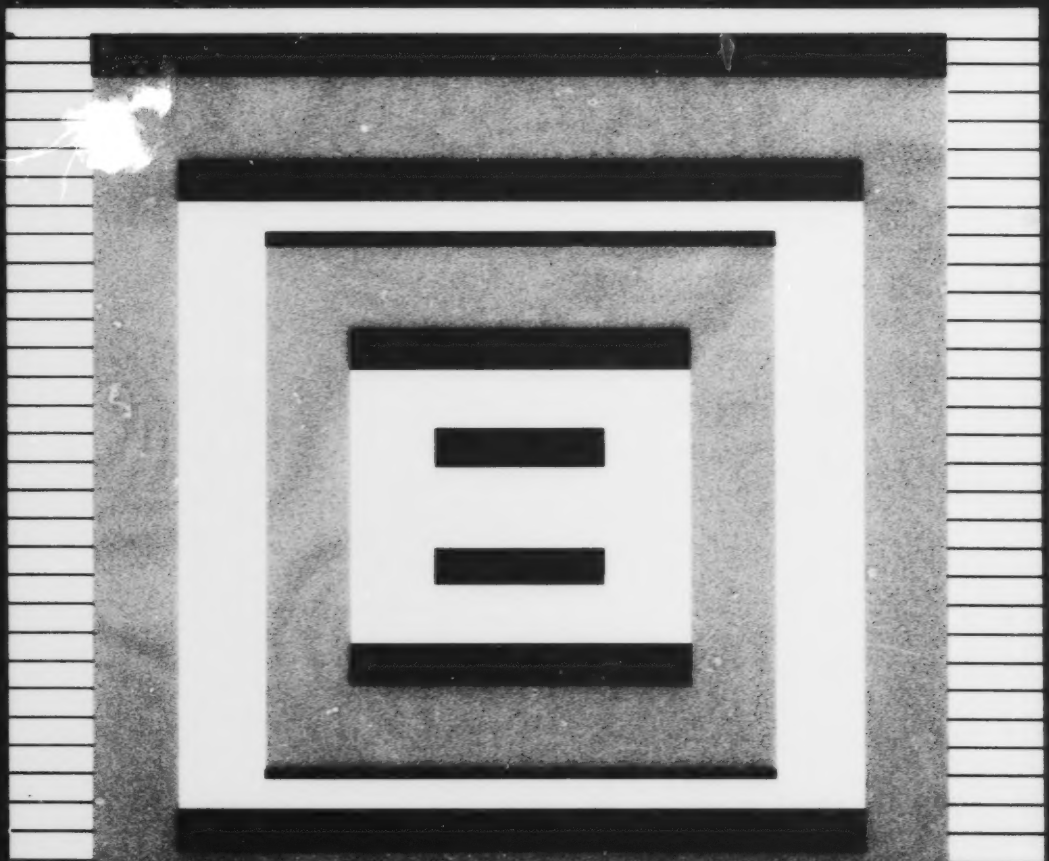
Objectif: santé



Québec

85-3135/

Objectif: santé

Objectif: santé

Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé

Conseil des affaires sociales
et de la famille

Août 1984

Québec

Le contenu de cette publication a été réalisé par le Conseil des affaires sociales et de la famille.

Cette publication a été produite par la Direction générale des publications gouvernementales.

Dépôt légal — 4e trimestre 1984
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN: 2-551-06927-1

© Gouvernement du Québec, 1984

Avant-propos

La question de la promotion de la santé constitue, depuis deux ans, une préoccupation majeure pour le Conseil. En 1983-1984 notamment, le Conseil y a consacré l'essentiel de ses activités de recherche. C'est à l'automne 1981 que le Ministre des Affaires sociales d'alors, monsieur Pierre-Marc Johnson, avait confié au Conseil le mandat d'examiner la question des stratégies de promotion de la santé. Le Ministre s'interrogeait sur ce que pourrait être l'apport de la promotion de la santé pour atteindre de meilleures performances en termes de santé.

Dans la réalisation de ce mandat, le Conseil a distingué trois principaux volets. Le premier volet consistait à faire le constat de la situation de la santé au Québec. Quatre monographies furent publiées dans la collection : *La santé des Québécois;* trois d'entre elles portaient sur l'état de santé et la dernière traitait des coûts de la maladie. Le second volet rassemble les études qui ont pour but de mieux comprendre le phénomène de la genèse des maladies tant au plan de l'individu qu'à l'échelle de la population. Elles seront publiées au cours de l'année 1984-1985. Enfin, le troisième volet porte sur la promotion de la santé proprement dite puisqu'il identifie les orientations que pourrait prendre notre société pour améliorer la santé de la population. Un comité, formé de représentants du réseau des Affaires sociales, du milieu universitaire, du secteur privé et du secteur public, a été chargé d'examiner cette question et de produire un rapport sur le sujet. Ce document constitue l'aboutissement de cette démarche commune de réflexion et des discussions qui se sont échelonnées sur près d'un an. Il représente le consensus du groupe.

Le Conseil est heureux de remettre au Ministre des Affaires sociales, monsieur Camille Laurin, le rapport du Comité d'étude sur la promotion de la santé intitulé *Objectif Santé :* il trace un portrait de l'état de santé des Québécois, examine les déterminants de la santé, formule des objectifs et propose certains moyens d'action pour lutter contre les problèmes de santé actuels.

Le Conseil veut ainsi stimuler la réflexion des différents milieux concernés, amorcer une large discussion sur les meilleurs moyens d'améliorer l'état de santé, et susciter des actions concrètes.

Madeleine Blanchet
Présidente

Composition du comité

— Monsieur André ARSENAULT, Spécialiste en médecine nucléaire, Coordonnateur de recherche à l'Institut de recherche en santé et sécurité au travail.
— Monsieur Raymond BACHAND, Administrateur, Vice-président de Métro-Richelieu.
— Monsieur Louis BERNARD, Pédiatre, Professeur au Département de médecine sociale et préventive à la Faculté de médecine de l'Université Laval, Québec.
— Madame Madeleine BLANCHET, Médecin épidémiologiste, Présidente du Conseil des affaires sociales et de la famille.
— Monsieur Jacques BRUNET, Spécialiste en endocrinologie et en médecine interne, Directeur général du Centre hospitalier de l'Université Laval, Québec.
— Monsieur Paul DAVID, Cardiologue, Directeur des services professionnels à l'Institut de cardiologie de Montréal.
— Monsieur Claude DESSUREAULT, Administrateur, Vice-président exécutif de l'Association des manufacturiers canadiens (division du Québec).
— Madame Mona-Josée GAGNON, Sociologue, Chargée de recherche à la Fédération des travailleurs du Québec (FTQ).
— Monsieur Yvon GAUTHIER, Psychiatre, Doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.
— Monsieur Juan Roberto IGLESIAS, Médecin épidémiologiste, Directeur du Département de santé communautaire du Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke.
— Monsieur Jacques JOBIN, Administrateur, Directeur général de Jeunesse Canada Monde.
— Monsieur Jean-Gil JOLY, Spécialiste en médecine interne et en biochimie médicale, Chef du service de biochimie à l'Hôpital St-Luc de Montréal.
— Madame Madeleine JOUBERT, Administratrice, Vice-présidente et directrice générale de la fondation Girardin-Vaillancourt.
— Madame Donna MERGLER, Physiologiste, Professeure au Département des sciences biologiques à l'Université du Québec à Montréal.

— Monsieur Gilles PIGEON, Spécialiste en médecine interne et en néphrologie, Doyen de la Faculté de médecine à l'Université de Sherbrooke.

— Monsieur Jacques PIGEON, Administrateur, Sous-ministre adjoint au ministère des Communications.

— Monsieur Jean ROCHON, Médecin, Spécialiste en santé publique, Doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval.

— Monsieur Jean-Yves UHEL, Juriste en droit public, Vice-président à la Régie des rentes du Québec.

Messieurs Jacques BRUNET, Jacques JOBIN, Jean ROCHON et Jean-Yves UHEL sont membres du Conseil des affaires sociales et de la famille.

Monsieur Jacques BRUNET a présidé les huit rencontres du groupe de travail.

Rapporteurs: Yvon Brunelle, Sylvie Dillard

Recherche et consultation auprès d'experts:
Yvon Brunelle, Sylvie Dillard, Madeleine Levasseur

Responsable de la rédaction	: Sylvie Dillard
Documentation	: Gilles Picard
Secrétariat technique	: Gerard Donnelly, Josée Marquis
Secrétaire administratif	: Louis Blanchet
Dactylographie	: Pierrette Jacob, Hélène Simard

Personnes consultées

AMYOT, Arthur. Psychiatre, Directeur du département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal.

BAULU, Pierre. Administrateur, Directeur du bureau de ressources en développement pédagogique et en consultation personnelle, Commission des écoles catholiques de Montréal.

BEAUBIEN, Pierre. Psychologue, Directeur des services professionnels, Centre Rosalie Jetté. Montréal.

BEAULIEU, André. Médecin, Directeur de l'Unité des maladies rhumatismales, Centre hospitalier de l'Université Laval. Québec.

BÉLIVEAU, Denise. Infirmière, Conseillère en programmation, Département de santé communautaire de Verdun.

BERRIMAN, Christine. Travailleuse sociale, Directrice de la filiale du Québec de l'Association canadienne pour la santé mentale. Montréal.

BOUCHARD, Camil. Psychologue, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.

BRETON, Jean-Jacques. Psychiatre, Hôpital Ste-Justine de Montréal.

BRISSON, Jacques. Médecin épidémiologiste, Faculté de médecine, Université Laval. Québec.

CARON, Lucie. Coordonnatrice à la programmation, CLSC/Ste-Thérèse. Montréal.

CORMIER, Hugues. Psychiatre, Centre hospitalier de l'Université Laval. Québec.

COTÉ, Charles. Sociologue, Chef du service des indicateurs sociaux, ministère des Affaires sociales. Québec.

COUSIN, Jacques. Économiste, Chef du service des études coûts et bénéfices, Commission de la santé et de la Sécurité au travail. Montréal.

DAGENAIS, Gilles. Cardiologue, Directeur de l'Institut de cardiologie, Hôpital Laval. Québec.

DALLAIRE, Louis. Médecin généticien, Faculté de médecine, Université de Montréal.

DESCHESNES, Luc. Chirurgien, Centre de dépistage du cancer, Hôpital du St-Sacrement. Québec.

DUPRAS, Madeleine, Psycho-éducatrice, Responsable de la psycho-éducation, Bureau de ressources en développement pédagogique et en consultation personnelle, Commission des écoles catholiques de Montréal.

FRAPPIER, Jean-Yves. Médecin, Responsable de la clinique médecine de l'adolescence, Département de pédiatrie, Hôpital Ste-Justine. Montréal.

HAINCE, Simon. Mathématicien, Régie de l'assurance automobile du Québec. Québec.

HOUDE, Laurent. Psychiatre, Coordonnateur de l'enseignement, Hôpital Rivière des Prairies. Montréal.

LABERGE-NADEAU, Claire. Médecin, Faculté de médecine, Université de Montréal.

LABRECQUE, Francine. Travailleuse sociale, Directrice des relations avec les organismes, Centraide Québec. Québec.

LANG, Jean-Yves. Médecin, Chef du service de rhumatologie. Unité des maladies rhumatismales, Centre hospitalier de l'Université Laval. Québec.

LATULIPPE, Lucien. Médecin, Département de rhumatologie, Directeur de l'Internat, Centre hospitalier de l'Université Laval. Québec.

LAURENDEAU, Marie-Claire. Psychologue, Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal.

LAVOIE, Francine. Psychologue, École de psychologie, Université Laval. Québec.

LECOMTE, Yves. Spécialiste en comportement humain, Département de psychiatrie; Hôpital St-Luc. Montréal.

LIMOGES, Claude. Coordonnateur cadre, Enseignement professionnel, Service des études, Commission des écoles catholiques de Montréal.

MESSING, Karen. Généticienne, Département des sciences biologiques, Université du Québec à Montréal.

MICHAUD, Gilbert. Sociologue. Politique des services sociaux, ministère des Affaires sociales. Québec.

MISHARA, Brian. Psychologue, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.

O'NEILL, Michel. Sociologue, École des sciences infirmières, Université Laval. Québec.

OUELLET, Georges. Psychologue, Responsable de la psychologie, Bureau des ressources en développement pédagogique et en consultation personnelle, Commission des écoles catholiques de Montréal.

OUIMET, Renée. Animatrice, Centre de santé des femmes de Montréal.

PERREAULT, Robert. Psychiatre, Département de santé communautaire; Hôpital général de Montréal.

POTTIER, Micheline. Psychologue, Conseillère pédagogique — opération renouveau, Service des études, Commission des écoles catholiques de Montréal.

RENAUD, Marc. Sociologue, Département de sociologie, Université de Montréal.

SÉVIGNY, Jeannine. Diététiste, Faculté des sciences de l'agriculture et de l'alimentation, Université Laval. Québec.

TESSIER, Monique. Travailleuse sociale, Clinique des jeunes St-Denis. Montréal.

TESSIER, Roger. Psychologue, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.

VÉZINA, Michel. Médecin, Directeur du Département de santé communautaire, Centre hospitalier de l'Université Laval. Québec.

Nous avons également bénéficié de l'expérience et du vécu de certains établissements du réseau des Affaires sociales, plus particulièrement:

— Les Conseils régionaux de santé et de services sociaux du Bas Saint-Laurent et de la Gaspésie, et de l'Abitibi-Témiscamingue.
— Les Départements de santé communautaire de Rimouski et de Rouyn-Noranda.
— Les Centres locaux de services communautaires de Matane, Sainte-Thérèse et Longueuil-Est.
— Le Centre de santé Sainte-Famille (Ville-Marie).

Résumé

1. Un bilan de la santé des Québécois

Le bilan de l'état de santé des Québécois au début des années 1980 suscite une réaction d'optimisme nuancé. Il y a en effet dans ce constat, des motifs de se réjouir et des raisons de se préoccuper.

D'abord, on peut se réjouir du recul spectaculaire de la mortalité chez les Québécois de tous les âges, et particulièrement chez les enfants. Entre 1971 et 1981, près de 8 000 décès ont été ainsi épargnés. Il faut également se féliciter de l'ensemble des mesures préventives et curatives qui ont permis ce recul, et qui se sont traduites notamment par la baisse de la mortalité infantile et périnatale, celle des décès par maladies ischémiques du coeur, par accidents de la route ou par cancer du col de l'utérus, et par le ralentissement dans la progression des décès par cancer du poumon chez l'homme.

D'autres données sont au contraire alarmantes: l'évolution du taux de suicide chez les jeunes et les femmes dans la cinquantaine et la hausse rapide du cancer du poumon chez la femme.

Certaines informations viennent également modérer notre optimisme: celles qui font ressortir l'ampleur des conséquences de la maladie dans la vie quotidienne de l'individu. Il n'est pas du tout évident que l'espérance de vie en bonne santé des Québécois ait évolué comme l'espérance de vie ordinaire. Les études américaines montrent en effet qu'on est loin d'avoir obtenu au niveau de l'incapacité les résultats que l'on constate pour la mortalité.

Les stratégies d'intervention du système de soins ont donc surtout eu comme conséquence d'allonger la durée de la vie. Elles se sont trop rarement accompagnées de stratégies destinées à améliorer la qualité de cette vie. On meurt moins souvent d'un premier infarctus du myocarde ou d'une première thrombose cérébrale, mais on n'est pas guéri pour autant. La prévalence des maladies chroniques a augmenté du fait même du recul de la mortalité, obtenu grâce aux progrès dans la qualité des soins et à l'application de modes de traitement de plus en plus efficaces. Fait nouveau, les trois quarts des décès épargnés l'ont été chez les personnes âgées de 45 ans et plus. L'accroissement de la longévité correspond trop souvent, surtout au-delà de 65 ans, à une augmen-

tation des épisodes d'incapacité partielle ou totale, de souffrance et de perte d'autonomie.

Les problèmes de santé des Québécois ont un impact sur l'économie qu'on ne peut négliger. Les estimations les plus récentes chiffrent à 7 500 000 000 $ environ, pour l'année 1982, les dépenses de santé au Québec (publiques et privées), soit à 8,9% de son produit intérieur brut. Cela signifie que chaque Québécois a dépensé en moyenne 1 167 $ pour sa santé au cours de cette année. Ce chiffre est légèrement inférieur à la moyenne canadienne, qui est de 1 220 $ par personne. Ces sommes correspondent aux ressources globales consacrées par la société à la lutte contre la maladie. Mais on oublie souvent que celle-ci est également à l'origine d'un manque à gagner important en termes de pertes de production. On a pu évaluer ces pertes à plus de 4 500 000 000 $ pour l'année 1981. De plus, la moitié de ce manque à gagner provient de la mortalité prématurée ou de l'incapacité de travailler des adultes âgés de 45 à 64 ans. Ces chiffres traduisent l'impact économique considérable des maladies chroniques qui atteignent les adultes encore en âge de travailler.

De nouvelles priorités émergent de ce bilan: une préoccupation de qualité de vie et d'autonomie, notamment pour les personnes âgées, l'importance à accorder à certaines maladies chroniques dont l'issue n'est pas forcément fatale, mais qui compromettent sérieusement la qualité de vie des Québécois, et qui sont à l'origine de coûts humains, sociaux et économiques parfois considérables, comme par exemple, tout le cortège des problèmes ostéo-articulaires (arthrite, rhumatismes, maux de dos) et des problèmes de santé mentale.

Les maladies rhumatismales sont la première cause de restriction permanente d'activité et engendraient de ce fait en 1981, environ 700 000 000 $ de manque à gagner pour notre société.

L'importance des problèmes de santé mentale est manifeste dans la plupart des indicateurs, plus spécialement: dans les statistiques de journées d'hospitalisation, dans le montant des dépenses que l'on consacre à leur traitement ainsi que dans l'évolution et le niveau des taux de suicide.

Ces derniers sont souvent l'aboutissement de tout un continuum de problèmes. Ils laissent en outre entrevoir toute une réalité de souffrance encore mal connue et suggèrent une réflexion approfondie non seulement sur l'ampleur réelle et la cause des problèmes de santé mentale, mais aussi sur les meilleurs moyens de s'y attaquer.

2. Les déterminants de la santé

Nous sommes encore très ignorants des causes réelles de la plupart des problèmes de santé. Les travaux épidémiologiques essaient surtout d'identifier des facteurs de risque et reconnaissent l'origine multifactorielle d'un bon nombre de maladies actuelles. Ils font de plus en plus appel aux autres disciplines des sciences sociales comme la psychologie, la sociologie, l'économie, afin d'essayer de mieux cerner la genèse si complexe des problèmes actuels de santé. Cette complexité étant aggravée par l'évolution rapide de l'environnement physique ou social dans lequel l'homme est appelé à vivre. Mais l'incertitude demeure encore grande en ce domaine, même si l'on s'accorde à reconnaître aujourd'hui l'importance des facteurs culturels, sociaux et économiques dans cette genèse. Un effort de recherche considérable s'impose, si l'on veut arriver à cerner la part relative de tous ces facteurs dans l'étiologie des maladies, ainsi que leur modèle d'intervention.

Dès 1974, la *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* proposait une conception globale de la santé, en identifiant les quatre principaux éléments susceptibles d'influencer la maladie et la mortalité : la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé.

La biologie humaine

La recherche et l'action médicale concernant la biologie humaine se sont surtout développées dans le cadre des spécialités médicales, en fonction avant tout des concepts de biologie et de pathologie d'organes. Plus récemment, leurs objectifs se sont élargis et s'expriment davantage en termes de santé publique (comme la protection de la santé de la mère et de l'enfant), ou de grands objectifs comme la réduction des principales causes de mortalité ou de morbidité. Des progrès considérables ont ainsi été réalisés, comme la baisse spectaculaire de la mortalité périnatale et infantile, la correction de nombreuses anomalies et la diminution importante des maladies d'origine infectieuse. Il semble qu'aujourd'hui, l'approche par spécialité de la biologie humaine doive être complétée par une approche plus globale, qui considère la biologie de l'homme et de la femme et leurs problèmes de santé, selon deux grands paramètres : leur développement et leur environnement.

L'environnement

L'environnement peut agir directement sur la santé (exposition à des produits toxiques) ou indirectement en raison de son influence sur les conditions de vie, le degré de stress, et certains comportements nuisibles (abus de tabac ou d'alcool) ou au contraire favorables à la santé (attitudes préventives).

Au Québec, l'environnement social s'est considérablement modifié depuis le début des années 1960. Par exemple, certaines valeurs, comme la religion et la famille traditionnelle ont décliné rapidement. L'entrée massive des femmes sur le marché du travail a donné lieu à une certaine modification de la répartition des tâches et à des conflits de rôle parfois douloureux. L'urbanisation s'est accompagnée d'un affaiblissement des solidarités naturelles. De plus, on a assisté à un accroissement important du rôle de l'État, des structures syndicales et des communications. Tous ces changements supposent une adaptation rapide de la population, qui n'a pas toujours été facile en l'absence de ressources adéquates des individus ou du milieu.

Le travail rémunéré fait aujourd'hui la valeur essentielle d'un individu dans notre société. Certains groupes de population comme les personnes âgées, les femmes au foyer, les chômeurs, les assistés sociaux connaissent des problèmes de santé qui proviennent en partie d'un sentiment de dévalorisation et de mise à l'écart. L'évolution conjoncturelle récente et l'aggravation du chômage ne sont probablement pas étrangères à l'augmentation de certains problèmes de santé mentale et des taux de suicide, ainsi que le suggèrent plusieurs études.

Le milieu de travail joue un rôle également important dans la genèse de la santé. En premier lieu, c'est le travail qui donne à l'individu son identité et ses moyens de subsistance. Les conditions de travail au sens large (environnement physique, nature de la tâche, ou organisation du travail) peuvent exercer un effet favorable sur la santé, ou au contraire constituer un facteur de risque supplémentaire d'accident, de stress ou d'usure précoce. L'évolution technologique a certainement contribué à diminuer certains risques, par l'automatisation de certains procédés dangereux par exemple. Mais elle en a également généré d'autres, comme le démontrent les études récentes sur les problèmes de santé éprouvés par les travailleurs et les travailleuses des secteurs tertiaires largement informatisés.

Les habitudes de vie

Si l'on s'attache à l'étude des comportements, on note au Québec une consommation de psychotropes plus élevée que partout ailleurs au Canada. D'un autre côté, la proportion de fumeurs réguliers a diminué chez les hommes, mais malheureusement pas chez les femmes, et notamment chez les plus jeunes d'entre elles qui fument maintenant plus que les hommes du même âge. Cette évolution est préoccupante, quand on sait que le cancer du poumon est en passe de devenir la première cause de mortalité par tumeur chez les femmes.

Maintes études ont évalué les coûts sociaux et économiques associés à l'alcool, ne serait-ce que par le biais des accidents de la route, ou de la violence dans les familles. Or la consommation moyenne d'alcool s'accroît régulièrement au Québec, et ceci dès l'adolescence.

On constate que les habitudes de vie nuisibles à la santé sont particulièrement répandues dans les milieux défavorisés. Il y a d'ailleurs un lien important entre ces habitudes et le niveau de stress de la population.

Il existerait donc certaines caractéristiques, chez les individus (l'âge, le niveau de revenu, le niveau d'instruction) ou dans des groupes de population (secteur économique, région, culture), qui agiraient comme concentrateurs de risques, c'est-à-dire qui les rendraient particulièrement vulnérables. Ainsi, trouve-t-on un écart de 14 ans dans l'espérance de vie en bonne santé, entre le résident d'un quartier aisé de Montréal (Notre-Dame de Grâce) et celui d'un des quartiers les plus défavorisés (Saint-Henri).

Un nombre impressionnant d'études font d'ailleurs état des inégalités flagrantes de santé qui existent entre les différentes catégories socio-professionnelles. Selon les données de l'enquête Santé Canada, les taux d'incapacité permanente chez les Québécois âgés de 45 à 64 ans, varient de 1,8% chez les directeurs et gérants d'entreprise à 40% chez les travailleurs des industries primaires. Ces chiffres confirment l'existence d'un cercle vicieux santé-pauvreté dont l'aboutissement est souvent l'usure précoce et l'invalidité.

Le système de soins

L'avènement de la gratuité des soins et l'augmentation du nombre de médecins de famille ont grandement contribué à améliorer

l'accessibilité de l'ensemble de la population à des soins de qualité. L'évolution de l'état de santé des Québécois, la nature des problèmes qui les affectent principalement, et l'adoption d'une vision plus positive de la santé qui mette notamment l'accent sur l'autonomie, suggèrent cependant une certaine réorientation des préoccupations du système de soins. Cette réorientation pourrait se faire autour d'objectifs de santé jugés prioritaires.

Une meilleure adéquation du système de rémunération aux différentes fonctions médicales et un accent encore plus marqué sur la gestion locale des unités de soins et sur la participation de la population faciliteraient cette réorientation et permettraient une meilleure atteinte des objectifs d'humanisation, de globalité et de continuité des soins.

Le secteur de la santé a connu une expansion très rapide de ses coûts au Québec comme dans la plupart des pays de type occidental. Cette évolution se trouve aujourd'hui confrontée à la capacité limitée de financement d'une société, atteinte par le ralentissement de la croissance économique et le vieillissement de la population. Cette contrainte est d'autant plus forte que depuis l'avènement de la gratuité des soins, le système est quasi entièrement financé par prélèvement fiscal. Cette situation laisse entrevoir la nécessité de choix ou de compromis nécessaires entre la gratuité universelle des soins, la conservation des acquis du système, tant au niveau de la qualité des soins que dans l'avancement de la recherche et de la technologie, et les investissements à réaliser dans certains secteurs moins techniques (comme les soins et services aux malades chroniques et aux personnes âgées). Elle suggère une certaine réflexion sur le niveau optimal des dépenses de santé au Québec et sur leur financement.

3. Pour une politique de santé

Tout ce processus de réflexion et d'analyse devait aboutir à un certain consensus autour du concept d'amélioration de la santé et de ses orientations souhaitables.

Les nouveaux enjeux

L'amélioration de la santé nous paraît ainsi comporter quatre enjeux spécifiques : l'enrichissement des concepts de santé (autonomie, qualité de la vie), de prévention (importance des milieux de vie), de responsabilité (accroissement du pouvoir de décision de l'individu) et l'élargissement de la notion d'inégalités (risques, atteintes,

conséquences). Elle suppose également une prise de conscience de la part des différents acteurs du domaine de la santé de leurs possibilités réelles d'action et du nécessaire partage des responsabilités qui en découle.

Les objectifs prioritaires d'amélioration de la santé

Afin d'éclairer les perspectives d'action, on s'est efforcé par la suite de définir des objectifs prioritaires d'amélioration de la santé. On a retenu comme objectifs spécifiques :

— Pour les enfants de 0 à 5 ans

- Diminuer le nombre de naissances présentant de graves anomalies ainsi que l'impact de ces anomalies pour l'enfant et sa famille.
- Favoriser le développement affectif et social des enfants de 0 à 5 ans.

— Pour les jeunes de 6 à 24 ans

- Diminuer les morts par accidents de la route chez les jeunes de 6 à 24 ans.
- Diminuer le nombre de grossesses non désirées et leur impact chez les adolescentes.
- Diminuer l'incidence et la gravité des problèmes de santé mentale chez les jeunes de 15 à 24 ans.

— Pour les adultes âgés de 25 à 64 ans

- Diminuer l'incidence, la gravité et l'impact des problèmes de santé physique et mentale en milieu de travail.
- Diminuer l'incidence et l'impact des maladies cardio-vasculaires.
- Diminuer l'incidence, la gravité et l'impact des problèmes ostéo-articulaires.
- Diminuer l'incidence et l'impact des cancers.

— Pour les adultes âgés de 65 ans et plus

- Favoriser l'autonomie des personnes âgées.

L'atteinte des ces objectifs suppose une concertation de moyens qui dépendent à la fois des déterminants que l'on a pu identifier, des possibilités d'action sur ces déterminants, et des nouvelles avenues d'amélioration de la santé que l'on veut explorer. C'est dans cette optique qu'ont été proposés un certain nombre de moyens privilégiés, mais non exhaustifs, d'atteindre ces objectifs.

Il s'agit de l'aboutissement d'une démarche qui se veut exploratoire, ne serait-ce qu'en raison du concept de santé sur lequel elle est bâtie. Dans ce sens, **la mise en oeuvre d'une politique de développement social, d'accroissement du niveau de formation et d'information de la population et de réduction des inégalités, nous apparaît essentielle à la promotion, pour l'ensemble de la population, d'une vie socialement et économiquement féconde**.

Introduction

Il y a près de 15 ans, le système de soins québécois était profondément modifié, tant dans ses structures que dans son financement. L'objectif essentiel de cette réforme majeure, préconisée par la Commission Castonguay, était d'assurer à l'ensemble de la population, la plus grande accessibilité possible à des soins de qualité. Il s'agissait en effet d'une condition indispensable à l'amélioration de la santé des Québécois. Pour atteindre cet objectif, le Québec créait un régime universel d'assurance-maladie et implantait les structures (régionales et locales) devant favoriser cette accessibilité.

Pour la première fois depuis ces quinze années, l'occasion se présente — ou la nécessité se fait sentir — de réaliser un constat global de la santé des Québécois. Il ne s'agit pas, dans ce constat, de se prononcer sur l'efficacité du système de soins ni sur le bien-fondé de ses structures. On se propose plutôt de montrer comment a évolué l'état de santé depuis l'avènement de la gratuité des soins, et d'identifier les progrès enregistrés ainsi que les aspects qui demeurent ou qui sont devenus préoccupants.

Les objectifs centraux de lutte contre les maladies infectieuses et les maladies de carence nutritionnelle, que s'était fixés la médecine au cours des décennies passées, ont été largement atteints. Ces progrès ont été en partie rendus possibles par toute la recherche bio-médicale, et la mise au point de médicaments et de modes de traitement hautement efficaces. L'accessibilité à toute la gamme des techniques diagnostiques et thérapeutiques offertes par la médecine moderne a sûrement contribué à prolonger la vie d'un grand nombre de nos concitoyens.

Mais pendant la même période, la prévalence des maladies chroniques s'est accrue de façon substantielle et leurs conséquences invalidantes se font davantage sentir dans une population qui vit sensiblement plus longtemps. L'objectif traditionnel de prolongement de la vie doit s'accompagner aujourd'hui d'un objectif de maintien ou d'amélioration du fonctionnement de l'individu dans son environnement naturel, répondant en cela aux aspirations de la population.

En effet, ce n'est pas une coïncidence si la plupart des définitions actuelles de la santé sont des définitions positives, qui gravitent

autour de la notion d'autonomie. On assiste depuis quelques années à l'éclosion d'un nouveau paradigme de la santé. Celui-ci s'appuie sur la ferme conviction qu'**il existe chez l'être humain une autonomie naturelle, instinctive, un pouvoir régénérateur**.

Ainsi, pour Dubos, la santé est le résultat d'un processus au cours duquel l'organisme réagit par une adaptation aux sollicitations de son environnement, tout en préservant son intégrité individuelle. C'est un état d'équilibre physique et mental relativement exempt de gêne et de souffrance, qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement que possible dans son milieu. Cet équilibre permet à celui qui en jouit de se consacrer à son ou à ses projets, et met en jeu des forces socio-culturelles non inscrites dans le code génétique.

Ce concept de santé est de nature essentiellement dynamique, puisqu'il résulte du processus d'adaptation de l'individu à son milieu. Une meilleure compréhension de cette dynamique de la santé des individus suppose que l'on reconnaisse la diversité des facteurs susceptibles de favoriser ou de nuire à l'adaptation sans dommage de l'individu, et que l'on accepte la complexité de l'interaction entre les éléments de la biologie humaine, les comportements individuels et les différents aspects de l'environnement physique, social ou économique. Elle implique une approche écologique de cette dynamique, dans le cadre d'un système de santé dont le système de soins est une composante importante mais non unique.

Ce concept repose sur une perception individuelle de la santé: c'est en effet l'individu qui est juge de l'étendue des restrictions à l'exercice des activités habituelles. Ce concept est donc proche de la notion de morbidité ressentie. Si la maladie est compatible avec un fonctionnement normal, la morbidité est niée. C'est au niveau du comportement que la maladie prend sa forme décisive. La santé devient ainsi une réalité individuelle, et non plus seulement une norme biologique.

De plus, cette approche positive de la santé redonne un sens à la lutte contre la maladie. La définition de la santé, centrée sur la notion d'autonomie et de capacité fonctionnelle, reconnaît la réalité de la mort et de la maladie, et suggère une concertation d'efforts destinés non seulement à prolonger la vie d'un individu, mais aussi à diminuer sa souffrance, à améliorer son autonomie, ses possibilités créatrices et la capacité de mener à bien les projets qu'il s'est fixés.

Enfin, cette définition de la santé présente l'avantage d'être opérationnelle, puisque la restriction des activités habituelles peut se mesurer. On a ainsi pu élaborer un nouvel indicateur de santé:

l'espérance de vie en bonne santé qui prédit à l'individu combien de temps en moyenne il peut espérer vivre sans limitation de ses activités.

Toute cette réflexion sur le concept de santé a de profondes implications pour l'ensemble de notre démarche.

Celle-ci débute par un bilan assez large de l'état de santé au Québec au début des années 1980. Trois questions nous apparaissent fondamentales. La santé des Québécois s'est-elle améliorée depuis l'avènement du régime universel d'assurance-maladie? Quels sont les principaux problèmes de santé dont souffrent aujourd'hui les Québécois? Quel est le coût économique et social engendré par la maladie? Ces constats devraient nous permettre d'identifier certaines priorités pour les années à venir.

Une approche écologique de la santé nous permettra par la suite d'illustrer l'importance et la diversité des différents déterminants de la santé, ainsi que la façon dont ceux-ci interagissent. La mise en évidence de certaines relations complexes entre des variables comme le statut social, le niveau de revenu, les valeurs acceptées dans un milieu, les habitudes de vie, les conditions de travail, les réactions au stress, et les problèmes de santé physiques ou mentaux, ouvre la possibilité d'une prévention plus large. Elle permet également de suggérer certaines combinaisons de facteurs, chez l'individu et dans son environnement, susceptibles de favoriser, ou au contraire, de nuire à sa capacité d'adaptation sans atteinte irréversible à son intégrité.

Il ne s'agit bien sûr de prévenir que ce qui peut l'être: un environnement aussi favorable soit-il ne peut supprimer le vieillissement, l'athérosclérose ni les anomalies génétiques. Il permettra cependant d'en diminuer les conséquences pour l'individu et son entourage.

Toutes ces analyses et leurs résultats ont comme objectif de favoriser un certain consensus sur les orientations à prendre au cours des prochaines années. Il s'agit en effet de définir les enjeux d'une politique d'amélioration de la santé, mais également le rôle de chacun des acteurs de cette vaste entreprise dont le système de soins n'est qu'un élément. Les nouvelles avenues d'amélioration de la santé conditionneront à leur tour fortement les objectifs prioritaires retenus et les moyens privilégiés qui seront proposés pour atteindre ces objectifs.

1. Un bilan de la santé des Québécois

Tracer un portrait aussi fidèle que possible de l'état de santé des Québécois, est une entreprise aussi complexe et audacieuse que trouver une définition de la santé à la fois satisfaisante et opérationnelle, surtout si l'on veut pouvoir en appréhender les multiples dimensions: physique, mentale, sociale, économique.

Les traits les plus frappants de ce portrait devraient cependant pouvoir se dégager, au fur et à mesure que nous tenterons de répondre aux trois questions suivantes:

— La santé des Québécois s'est-elle améliorée au cours des dix dernières années?

— Quels sont les principaux problèmes de santé dont souffrent aujourd'hui les Québécois?

— Quel est le coût économique et social de la maladie au Québec au début des années 1980?

1.1 La santé des Québécois s'est-elle améliorée au cours des dix dernières années?

1.1.1 Comment mesurer l'état de santé d'une population

Pour mesurer l'état de santé d'une population, on fait traditionnellement appel aux indicateurs de mortalité et de morbidité. Les indicateurs de mortalité et notamment l'espérance de vie, sont parmi les plus fiables dont nous disposions aujourd'hui. L'espérance de vie permet en effet de remonter dans le temps, et donne un bon aperçu des progrès réalisés sur la mort; elle fait ressortir les inégalités entre les sexes, les groupes sociaux, les régions, ainsi que l'avance ou le retard par rapport à d'autres pays. Mais elle ne nous renseigne pas sur la condition des vivants et sur leur qualité de vie. C'est le rôle habituel des indicateurs de morbidité d'illustrer cette condition. Mais la morbidité que l'on connaît statistiquement est celle que les médecins diagnostiquent. Elle reflète surtout l'activité du système de soins. Et elle peut être très différente de la morbidité réellement ressentie par l'individu si celui-ci a peu tendance à consulter son médecin lorsqu'il est malade, ou si, de toutes façons, le système n'a pas grand chose à lui offrir.

L'état de santé doit être vu comme un continuum, une sorte d'échelle naturelle allant du meilleur (un parfait état de santé) au pire (la mort). D'où le besoin d'un indicateur de santé synthétique qui, en combinant les données de mortalité et de morbidité, puisse nous renseigner sur les progrès réels de l'état de santé d'une population au cours du temps. Peut-on affirmer en effet que l'état de santé d'une population s'améliore, du seul fait de la baisse de la mortalité, sans tenir compte de l'augmentation des maladies chroniques et de leurs conséquences dans la vie quotidienne des individus? Les études américaines prouvent que l'on est loin d'avoir obtenu au niveau de l'incapacité les résultats observés pour la mortalité[1].

De là naît l'intérêt du concept **d'espérance de vie en bonne santé**; les données de l'enquête Santé Canada[2] ont permis de bâtir pour le Québec un indicateur qui porte ce nom, et qui combine les données de mortalité et de restriction d'activité de la population pour prédire à un individu d'âge et de sexe donnés, quelle est son espérance de vie sans limitation de ses activités[3].

Dans cet indicateur, l'état de santé est celui que l'individu perçoit: dans quelle mesure, selon lui, certains problèmes de santé l'empêchent-ils de vaquer à ses activités habituelles? Nous sommes beaucoup plus proches de la morbidité ressentie, même si celle-ci varie, pour un même problème, selon les individus, leur culture, et la nature de leurs activités. Supposons qu'une personne vienne de faire un infarctus: les conséquences pour sa vie quotidienne seront bien différentes, selon que cette personne exerce un métier de bûcheron, d'écrivain ou de pilote de ligne, ou qu'elle soit retraitée; selon qu'une législation sociale lui permette ou non financièrement de s'arrêter de travailler, de façon temporaire ou permanente, ou d'avoir des conditions de travail plus adaptées à son état de santé. L'environnement culturel ou le caractère de cette personne peuvent également l'inciter à se préoccuper sérieusement de sa santé et à ralentir considérablement son rythme de vie afin d'éviter une rechute. Cette subjectivité inhérente à l'indicateur d'espérance de vie en bonne santé lui confère cependant sa légitimité; celle-ci découle naturellement de la définition de la santé que nous avons retenue au début de notre démarche: **un individu en bonne santé est celui qui est capable de fonctionner aussi efficacement que possible dans son milieu, et de se consacrer pleinement à son ou à ses projets**.

Pour pouvoir répondre à notre première question: « la santé des Québécois s'est-elle améliorée au cours des dix dernières an-

nées ? », il faut d'abord observer les tendances récentes de la mortalité. Nous verrons par la suite, comment la synthèse des données de mortalité et de restriction d'activité dans l'indicateur d'espérance de vie en bonne santé vient nuancer le tableau.

*1.1.2 L'espérance de vie s'est accrue pour tous les groupes d'âge**

Première constatation réjouissante : alors que l'on s'était résigné au cours des années 1960 à une certaine stagnation de la mortalité, la fin de la décennie 1970 est venue ébranler cette croyance fataliste. En l'espace de quelques années, plus exactement de 1976 à 1980, l'espérance de vie à la naissance a progressé de 1,26 ans chez les hommes et de 1,51 ans chez les femmes. Des gains aussi substantiels n'avaient pas été observés depuis le début des années 1950. On a d'ailleurs constaté le même phénomène aux États-Unis et en Europe, quoiqu'un peu plus tôt.

L'évolution de la mortalité infantile a été le principal élément du progrès ainsi accompli dans l'espérance de vie à la naissance. Après avoir longtemps figuré parmi les provinces à forte mortalité infantile, le Québec affiche en 1982 le taux le plus bas au pays (graphique 1). Sur le plan international, le Québec fait également bonne figure, même si son taux demeure plus élevé que celui de la Suède ou des Pays-Bas. Les facteurs de ce progrès sont multiples[5] : amélioration des soins à la mère et au nouveau-né favorisée par l'assurance-maladie, implantation des unités périnatales et régionalisation des services d'obstétrique. Enfin, l'amélioration du niveau de vie et de l'instruction, l'espacement des naissances et la diffusion de l'information aux femmes enceintes sur les mesures préventives comme l'alimentation, ont accéléré la régression de la mortalité infantile.

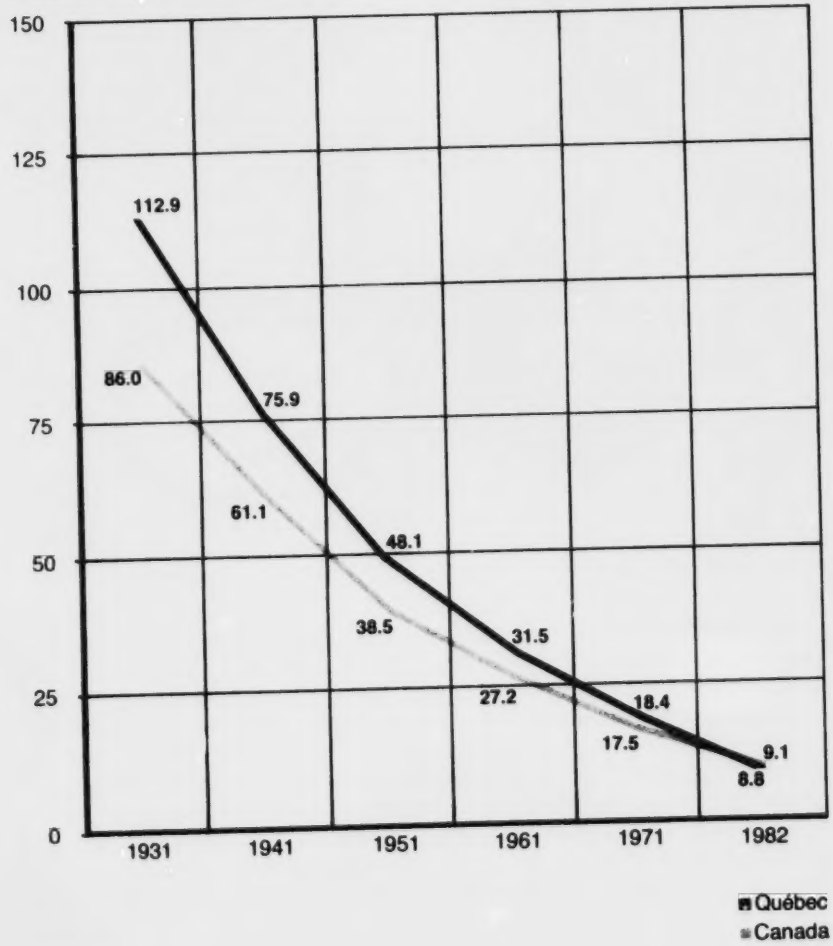
Mais les gains ne se limitent pas aux enfants de moins d'un an : la mortalité des enfants de 1 à 14 ans a diminué de façon tout aussi spectaculaire. Même les adolescents et les jeunes adultes (15 à 24 ans) ont pu bénéficier de gains sensibles depuis 1973, après une hausse préoccupante de leur mortalité qui aura duré près de 10 ans.

Cependant, comparé aux pays qui ont un niveau socio-économique semblable au sien, le Québec présente, avec les États-Unis, le plus fort taux de mortalité chez les jeunes adultes[4]. La

* La plupart des données de cette section ont été tirées de l'étude de Laurent Roy : *Des victoires sur la mort*, citée en référence.

Graphique I

Baisse de la mortalité infantile au Québec et au Canada, 1931 à 1982



Source: La statistique de l'état civil. Statistique Canada. Catalogue 84-204.

plupart de ces décès sont des morts violentes et sont dus principalement à des accidents de véhicules à moteur.

De tous les groupes d'âge masculins, c'est celui des 45 à 64 ans qui avait connu les plus faibles diminutions de mortalité depuis 1931 : 14% seulement en 50 ans. Et même, de 1961 à 1971 leur taux de mortalité n'avait cessé de croître. Ce n'est que depuis 1976 que celle-ci accuse un fléchissement réel, associé à une baisse importante des décès par infarctus du myocarde.

Enfin, phénomène imprévisible : l'allongement de la durée de vie après 65 ans. Pour les hommes de cet âge, près de la moitié de l'allongement total de leur durée de vie depuis 1931, a été obtenu au cours des années 1976-1980 (Graphique 2). Cette évolution récente est un défi de taille pour les planificateurs en santé, comme pour ceux qui, tant dans le secteur public que dans le secteur privé, gèrent les différentes formes d'assurance-retraite. En effet, il s'agit non seulement de prévoir le rythme de vieillissement de la population, mais également la longévité des personnes âgées auxquelles on devra fournir des services de santé et des revenus de retraite adéquats.

Certaines inégalités persistent

Les Québécois ont pu bénéficier des progrès obtenus récemment dans la lutte contre la mort. Mais ces progrès n'ont pas été suffisants pour réduire les écarts qui existent entre certains groupes de la population.

Par exemple la baisse de la mortalité n'a pas été aussi rapide pour les hommes que pour les femmes : l'écart entre leurs espérances de vie respectives à la naissance s'est constamment accru depuis 1931, pour atteindre **près de 8 ans** en 1980.

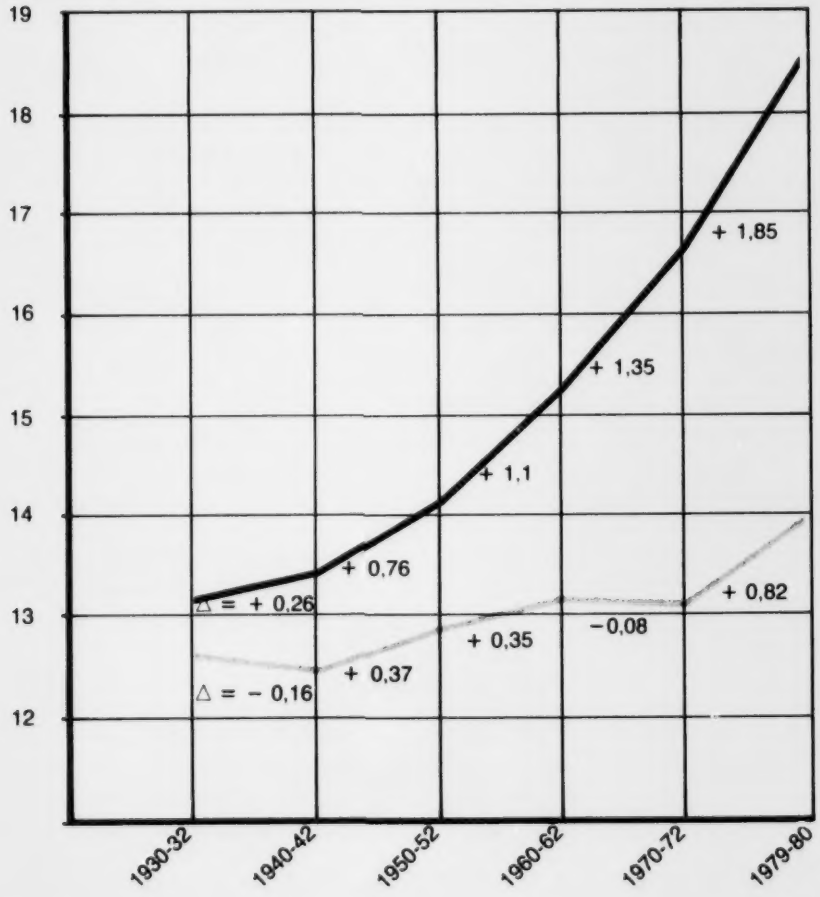
En termes de surmortalité masculine, le Québec occupe d'ailleurs le deuxième rang parmi les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE). Il est précédé de la France et suivi par les États-Unis. Les morts violentes chez les jeunes hommes et les maladies de l'appareil circulatoire chez les adultes sont les principaux responsables de cette situation[4].

Le Québec n'échappe pas non plus à l'influence des disparités socio-économiques sur la mortalité. En 1977, les risques de décès chez les ouvriers non spécialisés et les journaliers étaient par exemple de 44% supérieurs à ceux de l'ensemble des catégories socio-professionnelles, alors que les risques de décès des profes-

Graphique 2

[illegible]

ESPÉRANCE DE VIE (EN ANNÉES)



△ Gain par période (en années)

Source: L. Roy, *Des victoires sur la mort*, Conseil des affaires sociales et de la famille, 1983.

sionnels et des cadres supérieurs étaient de 15% inférieurs à l'ensemble[6].

Les quartiers reflètent souvent, bien qu'imparfaitement, les disparités socio-économiques qui existent dans une ville : leurs populations peuvent en effet différer, tant par l'origine ethnique ou la langue (à Montréal par exemple), que par les niveaux d'instruction et de ressources. En 1982, il existait à Montréal des différences appréciables dans l'espérance de vie selon le quartier. Le quartier de Notre-Dame-de-Grâce, à un extrême, dont les habitants parlent majoritairement l'anglais et ont une scolarité et des revenus élevés, jouit d'une espérance de vie de 9 années supérieure à celle que l'on observe dans le quartier de Saint-Henri, un des quartiers les plus défavorisés[7]. L'espérance de vie dans Notre-Dame-de-Grâce équivaut à l'espérance de vie la plus élevée au monde, tandis que celle du quartier de Saint-Henri se rapproche davantage de celle de certains pays beaucoup moins développés que le Québec comme la Malaisie, la Jamaïque ou le Costa-Rica[8].

Enfin, s'ajoutent, ou se mêlent, aux disparités socio-économiques, celles qui existent entre les régions du Québec. Quel que soit l'indicateur de mortalité retenu (mortalité infantile, mortalité par accidents, espérance de vie), le nord et les régions périphériques sont toujours les plus vulnérables (Nord-Ouest, Nouveau-Québec, Saguenay, Lac Saint-Jean, Bas-Saint-Laurent, Gaspésie) et les régions du Sud les plus épargnées (Cantons de l'Est, Outaouais, Sud de Montréal)[9].

Pour terminer cette première esquisse, comment le Québec se situe-t-il par rapport au reste du Canada, et dans l'ensemble des pays industrialisés ?

À l'échelle canadienne, le Québec détient le record de l'espérance de vie la plus faible de toutes les provinces, pour les hommes comme pour les femmes : l'écart est de deux ans par rapport à la Saskatchewan. Cet écart demeure stationnaire depuis 1966.

Sur le plan international, le Québec se classe malgré tout parmi les pays à faible mortalité : 15ème rang pour les hommes, 9ème rang pour les femmes. Les performances obtenues par les Japonais, les Suédois, les Néerlandais, donnent une idée des progrès encore possibles pour les Québécois dans l'état actuel des connaissances[4].

1.1.3 L'espérance de vie ordinaire des Québécois s'est améliorée mais qu'en est-il de l'espérance de vie en bonne santé?

Toutes les statistiques possibles sur la mortalité, aussi fiables, précises, maniables soient-elles, ne nous donnent aucune information sur tout cet espace de « l'échelle naturelle », qui sépare la bonne santé de la mort. Dans quelles conditions vivent les gens? Quelle est la qualité réelle de leur vie? Quelle est l'étendue des difficultés qu'ils rencontrent dans l'exercice de leurs activités habituelles, du fait d'une maladie chronique, d'accidents ou de problèmes de santé aigus? L'importance grandissante des maladies chroniques, dont l'issue n'est pas forcément fatale, mais qui engendrent souffrances et incapacité ainsi que les tendances récentes de la mortalité rendent aujourd'hui toutes ces questions particulièrement cruciales.

Les hommes vivent aussi longtemps en bonne santé que les femmes

En 1980, l'espérance de vie en bonne santé* au Québec était, à la naissance, de 60 ans environ pour les femmes et de 59 ans pour les hommes. Cela signifie que si on leur enlève tous les épisodes de la vie au cours desquels elles sont obligées de ralentir ou même d'interrompre leurs activités habituelles pour raisons de santé, les femmes québécoises perdent la quasi-totalité de l'avance prise sur les hommes en termes de mortalité. Ainsi les femmes doivent-elles envisager de passer 18 des 78 années qu'elles ont en moyenne à vivre, avec un problème de santé assez sérieux pour qu'elles ne puissent plus fonctionner aussi efficacement qu'à l'accoutumée, ou qu'elles le souhaiteraient[3] (Graphique 3).

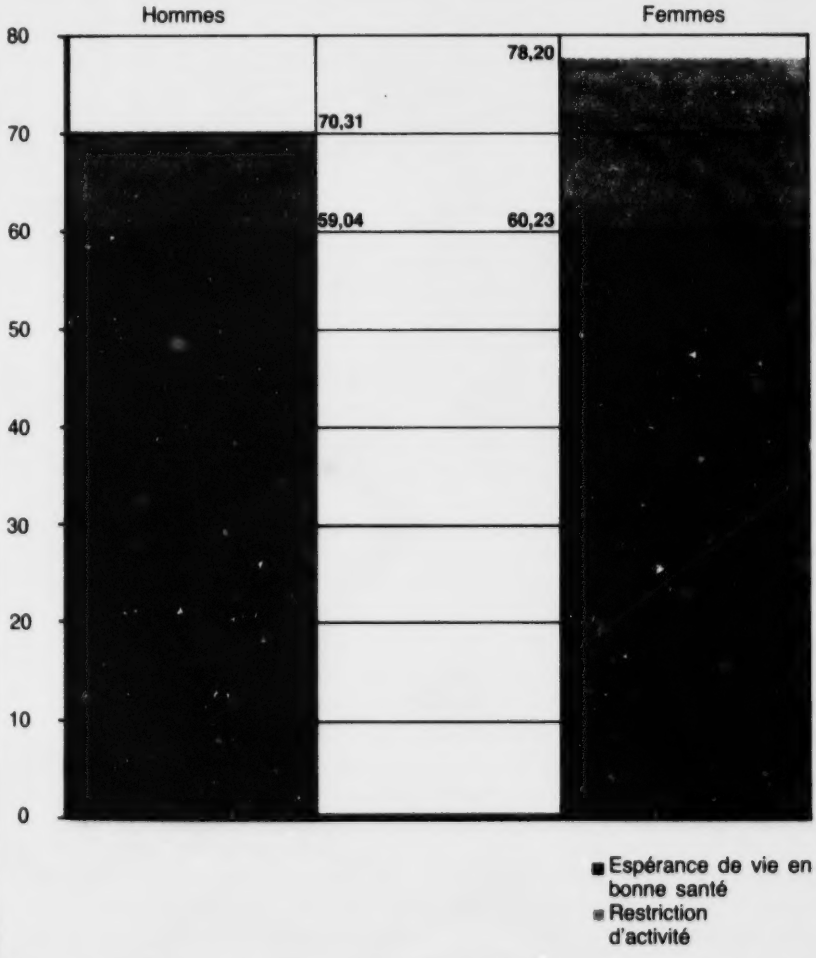
Pour les hommes, c'est 11 de leurs 70 années d'espérance de vie qui sont ainsi compromises. Comment peut-on expliquer ce phénomène? D'abord, les femmes vivent en moyenne plus longtemps et c'est surtout après 65 ans et même plus tard que les problèmes de santé sont à la fois plus fréquents et plus lourds de conséquences. On a pu également évoquer tous les épisodes de ralentissement de l'activité féminine associés à la grossesse et à la naissance d'un enfant. Mais leur contribution, pour toute une vie, reste minime.

---

* Voir la définition p. 26

Graphique 3

ANNÉES



Source: S. Dillard, *Durée ou qualité de la vie*, Conseil des affaires sociales et de la famille, 1983

Ce qui est certain c'est que du fait de leurs attitudes vis-à-vis de la santé, de leur rôle social, et de la nature souvent différente de leurs activités, les femmes et les hommes ont une expérience différente de la maladie et de ses conséquences.

Ainsi le tableau se nuance: on peut maintenant difficilement prétendre que la santé des femmes est bien meilleure que celle des hommes, alors que cette conclusion s'imposait à l'examen de leurs chances respectives de survie.

La situation des Québécois par rapport aux habitants des autres provinces se trouve également modifiée. Si les hommes et les femmes du Québec ont l'espérance de vie la plus courte, ils vivent en moyenne plus longtemps en bonne santé que partout ailleurs au Canada[3].

Par contre, les écarts entre les groupes sociaux ne font que s'accentuer: en 1982, un habitant du quartier de Notre-Dame-de-Grâce avait, comme on l'a vu, une espérance de vie supérieure de 9 ans à celle d'un habitant de Saint-Henri (à Montréal). Pour l'espérance de vie en bonne santé, l'écart atteignait 14 ans[7].

Les gains en espérance de vie des personnes âgées* s'accompagnent souvent d'une hausse de leurs épisodes de mauvaise santé

L'importance des problèmes de santé, et la gravité de leurs conséquences, croît de façon très rapide avec l'âge, car les gains en espérance de vie des personnes âgées s'accompagnent fréquemment d'une augmentation de leurs épisodes de mauvaise santé et d'incapacité. L'évolution récente de la mortalité, caractérisée par des gains en longévité même au-delà de 75 ans ne fait qu'aggraver ce problème.

Aux États-Unis, l'espérance de vie en bonne santé des femmes a même diminué entre 1966 et 1976, alors que leur espérance de vie ordinaire s'était améliorée de façon sensible[3].

Loin de nous l'idée de vouloir renoncer à améliorer la longévité et l'espérance de vie de l'ensemble de la population. **Mais il nous paraît irréaliste à l'heure actuelle de crier victoire devant le simple fait que la durée de la vie s'allonge, sans savoir si la qualité de cette vie a évolué de façon parallèle.** Et rien ne nous permet de penser que l'espérance de vie en bonne santé des Québécois ait évolué de façon très différente de celle des Américains.

* Chaque fois qu'il est fait mention des personnes âgées, il s'agit des personnes ayant 65 ans ou plus.

1.2 Quels sont les principaux problèmes de santé dont souffrent aujourd'hui les Québécois?

*1.2.1 Les maladies selon les âges de la vie**[5]

Tout au long de son cycle vital, l'organisme subit un certain nombre de modifications naturelles d'ordre biologique: signes de la croissance et de la puberté, ou altérations dues au processus de vieillissement. Mais il doit aussi s'adapter aux événements qui orchestrent les différentes étapes de la vie d'un individu: entrée à l'école, puberté, début de la vie sexuelle, entrée dans le monde du travail, mariage, procréation, séparation, perte d'un emploi, ménopause, retraite, etc. Selon les ressources personnelles dont il dispose, et celles que lui offre son milieu, l'individu s'adaptera avec une plus ou moins grande facilité à tous ces événements. Il pourra connaître des atteintes plus ou moins sérieuses à son intégrité physique ou mentale. Les problèmes de santé que présentent les Québécois aux différentes étapes de leur vie illustrent assez bien cette dynamique biologique et sociale.

L'enfance

On a déjà parlé de la baisse spectaculaire de la mortalité infantile. Aujourd'hui, les anomalies congénitales et les affections périnatales sont la première cause de mortalité des enfants de moins d'un an. Si l'on veut réduire davantage cette mortalité, tout en favorisant une certaine qualité de vie, il faudra diminuer le nombre de naissances de poids insuffisant. Aujourd'hui encore 6,5% des enfants nés vivants pèsent moins de 2 500 grs à la naissance. Et près des deux tiers des décès périnatals** surviennent chez des enfants de petit poids. Or pour ces enfants, les chances de survie, et de vie en bonne santé sont inférieures à celles des enfants dont le poids à la naissance est suffisant.

Environ 2 à 3% des enfants présentent à la naissance une anomalie décelable. Ces anomalies congénitales accroissent le risque de mortalité prématurée. Et lorsque l'enfant survit, elles sont pour lui-même et sa famille une source de coûts affectifs et sociaux souvent jugés inestimables.

---

* La plupart des données de cette section ont été tirées de l'étude de Madeleine Levasseur: *Des problèmes prioritaires*, citée en référence.

** Nombre annuel d'enfants décédés avant leur naissance et au cours de la première semaine de vie.

Lorsque l'enfant grandit, les problèmes de santé deviennent tout à fait différents: de 1 à 14 ans, les accidents et les traumatismes deviennent la première cause de mortalité; il s'agit surtout d'accidents de la route (l'enfant étant le plus souvent piéton, cycliste), et de noyades. Le médecin les voit pour des affections plus mineures (problèmes respiratoires, affections de la peau, problèmes de vision, otites) et les hospitalise pour une pneumonie, une fracture ou déjà, surtout chez les garçons, pour des troubles névrotiques ou des problèmes d'adaptation.

Les problèmes socio-affectifs et psychosomatiques chez les enfants semblent prendre une ampleur inquiétante. En 1981, quelque 55 439 enfants soit 10,3% des enfants fréquentant les écoles primaires publiques éprouvaient des difficultés d'adaptation et d'apprentissage. Autre phénomène inquiétant: depuis 1979, le Comité de la protection de la jeunesse a reçu chaque année environ 5 000 cas de signalement d'enfants victimes d'abus sexuels ou soumis à des mauvais traitements physiques par suite d'excès ou de négligence[10]. Or ces données officielles ne représenteraient que la pointe de l'iceberg[11].

À l'origine de ces problèmes, on trouvera souvent un milieu familial perturbé ou économiquement défavorisé. Ils se manifestent en tous cas avec une acuité telle qu'on peut penser qu'ils domineront bientôt le tableau, dès la petite enfance.

L'adolescence et le passage à l'âge adulte

La mortalité des adolescents et des jeunes adultes se caractérise par un grand nombre de morts violentes et par l'ampleur de la surmortalité masculine. Celle-ci est d'ailleurs presque uniquement attribuable aux décès accidentels dont les taux représentent 83% des décès des jeunes hommes de 15 à 24 ans. Et dans trois cas sur quatre, il s'agit d'accidents de la route ou de suicides.

Le niveau comme l'évolution des taux de suicide chez les adolescents et les jeunes hommes sont aujourd'hui pour le Québec un important sujet de préoccupation. Entre 1950 et 1980, le taux de suicide pour ce groupe d'âge a été multiplié par 9. Une meilleure déclaration peut sans doute expliquer une partie de cette hausse, mais le niveau atteint aujourd'hui est inquiétant. Il est proche de celui de l'Allemagne fédérale, et est supérieur à celui des États-Unis, du Japon, de la Suède ainsi que de la plupart des pays de l'Europe de l'Ouest[4].

Les taux de suicide des jeunes Québécois sont inférieurs à la moyenne canadienne entre 15 et 19 ans, mais lui sont supérieurs entre 20 et 25 ans. Cependant les jeunes se suicident encore davantage au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta. C'est surtout entre 25 et 35 ans pour les hommes, et entre 40 et 60 ans pour les femmes que les taux de suicide québécois battent tous les records canadiens (Graphique 4).

L'importance des troubles mentaux parmi les problèmes de santé des jeunes se manifeste également par le nombre élevé de journées d'hospitalisation qui leur sont imputables. Ce sont en effet les troubles mentaux qui génèrent chez les hommes le plus grand nombre de ces journées: 28% du total, soit légèrement plus que les accidents et traumatismes (26%). Chez les femmes, ils viennent juste après les problèmes de santé liés à la grossesse et à l'accouchement. Plus de psychoses schizophréniques chez les hommes, davantage de troubles névrotiques chez les femmes.

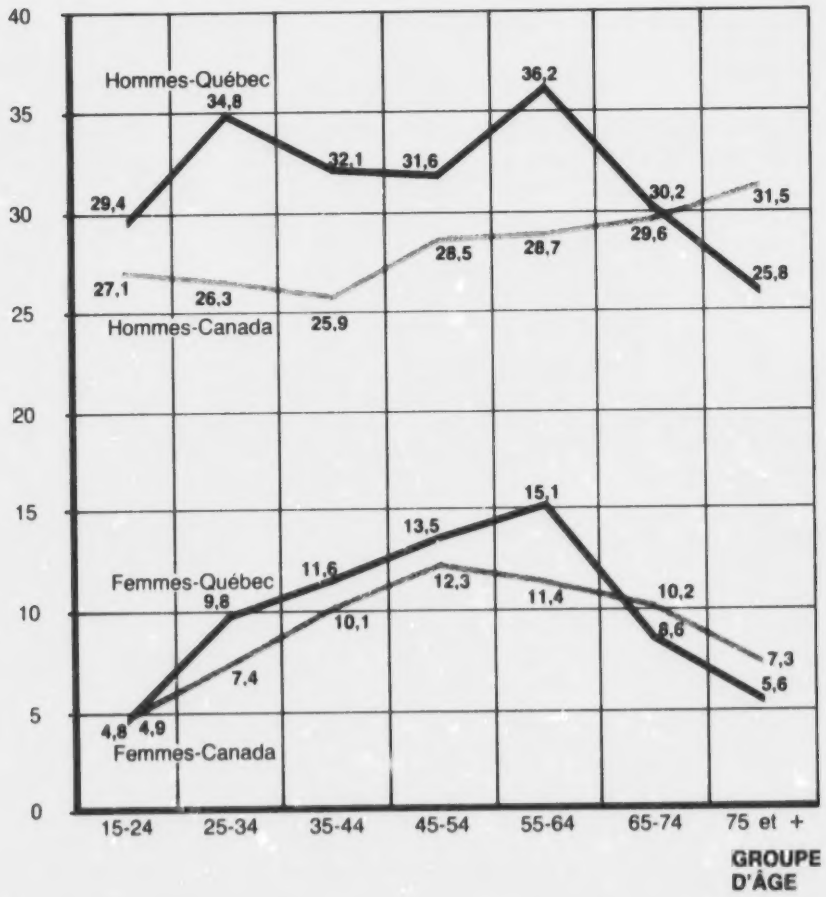
Enfin, la libéralisation des attitudes à l'égard de la sexualité, depuis une dizaine d'années, s'est accompagnée d'un accroissement de l'activité sexuelle au cours de l'adolescence. Environ 50% des jeunes de 13 à 18 ans seraient actifs sexuellement. Mais il se passe en moyenne un an entre les premières relations sexuelles et la recherche de moyens contraceptifs[12]. Il existe donc un risque certain de grossesse pour l'adolescente. On relève annuellement au Québec entre 8 500 et 9 000 grossesses chez les 10 à 19 ans. Depuis quelques années, un nombre grandissant d'adolescentes optent pour l'interruption de la grossesse: entre 1976 et 1980, l'incidence de l'avortement déclaré s'est accrue de 80%, tandis que le taux de natalité diminuait de 15%.

Qu'elle soit désirée ou non, la grossesse pendant l'adolescence constitue un problème à la fois biologique et social; elle comporte en effet des risques importants, surtout chez les très jeunes mères, pour leur santé et celle de leur enfant. Elle va souvent bouleverser les relations de l'adolescente avec son milieu, sa famille, ses amis. Dans bon nombre de cas les études sont compromises, et les mères adolescentes se retrouvent dans un état de dépendance économique (souvent à l'aide sociale) dont elles sortent difficilement.

Signalons également la vulnérabilité particulière des jeunes aux maladies transmises sexuellement, que l'on peut attribuer à la fois à l'instabilité de leur vie sexuelle, et au manque d'informations: en 1980, 50% des cas de gonorrhée au Québec se retrouvaient chez les 15 à 24 ans.

Graphique 4

TAUX POUR 100 000 HABITANTS



Source : Calculs du Conseil des affaires sociales d'après le Registre de la population et le catalogue 84-203 de Statistique Canada.

Dans la force de l'âge

Les adultes dans la force de l'âge, entre 25 et 44 ans, représentent la moitié de la population active : environ 95% des hommes et 60% des femmes de cet âge participent en effet au marché du travail.

Et puis, c'est le plus souvent entre 25 et 44 ans que les femmes ont leurs enfants : les trois quarts des naissances ont lieu chez les femmes de cet âge.

Les membres de cette population connaissent des problèmes de santé assez semblables à ceux vécus par leurs cadets. Mais ils subissent également les premières atteintes des maladies chroniques* (problèmes cardio-vasculaires, tumeurs, arthrite et rhumatismes) qui vont affecter durement les adultes plus âgés.

Les traumatismes et les accidents restent la principale cause de mortalité. Moins d'accidents de la route, toutefois, et davantage d'accidents du travail et de suicides que chez les jeunes : les femmes de 25 à 44 ans se suicident presque deux fois plus souvent que leurs cadettes.

Les problèmes de santé mentale affectent sérieusement cette population : l'enquête Santé Canada[2] a rapporté que 4% de la population âgée de 25 à 44 ans déclarait avoir un problème de santé mentale, soit trois fois plus que chez les jeunes.

Ces problèmes restent en tête des journées d'hospitalisation des hommes, qui passent en moyenne deux fois plus de temps à l'hôpital ou chez leur médecin pour troubles mentaux que leurs cadets. L'alcoolisme devient d'ailleurs une manifestation très fréquente de ces troubles.

Les femmes consomment en général beaucoup plus de services médicaux légers (ambulatoires) que les hommes : elles vont davantage chez le médecin, subissent plus d'examens. Cela est particulièrement vrai pour les femmes de 25 à 44 ans. Les multiples problèmes associés à la reproduction ou les simples visites de surveillance au cours de la grossesse expliquent une bonne part de ce profil particulier de consommation. Mais ces femmes consultent également beaucoup plus pour d'autres problèmes de santé, souvent bénins : les travailleuses au foyer près de deux fois plus que les femmes qui travaillent également à l'extérieur, et celles-ci deux fois plus que les hommes[13]. Cette différence dans les comportements s'observe également pour la consommation de médicaments.

* On entend par maladies chroniques des maladies qui sont pour la plupart incurables, qui durent souvent longtemps, et qui peuvent comporter des épisodes aigus.

L'âge mûr

À partir de 45 ans l'état de santé se détériore graduellement. C'est en effet à l'âge mûr que les conséquences de la dynamique biologique et sociale qu'a subie l'individu commencent à se faire durement sentir. C'est d'ailleurs entre 45 et 64 ans que les inégalités de santé selon le milieu socio-économique sont les plus évidentes. Les adultes d'âge mûr ont presque deux fois plus de problèmes de santé que ceux qui sont dans la force de l'âge, et le risque de mourir prématurément est six fois plus élevé.

Sans avoir éliminé les problèmes aigus dont souffraient les plus jeunes, la cohorte des maladies chroniques domine maintenant le tableau.

— Les maladies de l'appareil circulatoire deviennent la première cause de mortalité. Elles sont la source, surtout chez les hommes, d'une utilisation massive des services de santé (hospitalisations, consultations, examens) et de limitations importantes de leurs activités. L'hypertension, pour sa part, est surtout fréquente chez les femmes.

— L'arthrite, les rhumatismes, les maux de dos ne sont pas mortels. Mais 40% des Québécois d'âge mûr en souffrent et connaissent de ce fait des difficultés temporaires ou continuelles dans l'accomplissement de leurs tâches quotidiennes, quand ils ne sont pas totalement empêchés de les effectuer.

— Les tumeurs expliquent plus du tiers des décès; le cancer du poumon chez les hommes, le cancer du sein chez les femmes sont actuellement les plus meurtriers.

— Les maladies du système digestif, enfin, prennent une place importante comme source d'utilisation des services hospitaliers. La cirrhose du foie prend une ampleur particulière chez l'homme.

— Les femmes dans la cinquantaine ont connu une hausse impressionnante des suicides au cours de la dernière décennie.

La vieillesse

Sur le plan biologique, la vieillesse apparaît de façon graduelle. Elle se manifeste par un ralentissement des fonctions physiques et psychiques de l'individu. La courbe de déclin varie grandement d'un individu à l'autre. La sénescence constitue un processus biologique inhérent à l'organisme et implique des modifications irréversibles. Mais ce processus peut être accéléré ou retardé par des facteurs sociaux ou environnementaux.

Cette sénescence naturelle peut également s'accompagner de problèmes de santé qui occasionnent des pertes d'autonomie physique et mentale parfois importantes.

Bien évidemment les personnes âgées sont surreprésentées sur le plan de la mortalité et de la morbidité: 62% des décès, 76% des journées vécues en institution (centres d'accueil ou centres hospitaliers de soins prolongés), 31% des journées d'hospitalisation de courte durée, 28% des journées vécues chez soi avec une limitation permanente d'activité, alors qu'elles ne comptent que pour 8,7% dans la population totale.

Elles souffrent plus qu'à tout âge de l'ensemble des maux, parfois plusieurs à la fois, qui affectent les adultes plus jeunes, et les conséquences de ces maux sont souvent plus graves. Ainsi, le taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire est multiplié par 6 chez les hommes, et par 12 chez les femmes, par rapport aux adultes de 45 à 64 ans. Le taux de mortalité par cancer est également quatre fois plus élevé. Les problèmes liés à l'arthrite et aux rhumatismes affectent près de 50% de l'ensemble de la population âgée et sont une source importante de souffrances, de restriction d'activité et de consommation de services médicaux. Signalons aussi que les problèmes de l'appareil respiratoire sont la troisième cause de décès des personnes âgées. Ces problèmes sont trois fois plus nombreux chez les hommes, qui ont davantage fumé que les femmes, et qui ont également été plus souvent exposés à différents types de produits toxiques pour l'appareil respiratoire.

Toutefois, quelques problèmes leur sont particuliers: certains relèvent du processus de sénescence, comme les chutes accidentelles et les fractures qui s'en suivent. La fréquence des fractures est liée aux modifications du squelette qui se fragilise au fil des ans (ostéoporose). Ce problème touche plus particulièrement les femmes. Il faut également souligner la recrudescence des troubles de la vision et de l'audition. D'autres sont fortement influencés par l'environnement économique et social comme la malnutrition et la dépression.

Des facteurs tels que l'isolement, le dénuement, l'inactivité, le stress provoqué par la perte d'un conjoint ou d'un enfant peuvent compromettre sérieusement l'équilibre psychique, déjà fragile, des personnes âgées. Il faut souligner que leur taux de suicide est à peine plus faible que celui des adultes dans la force de l'âge.

Enfin, la pluripathologie, assez fréquente au-delà de 65 ans, nécessite souvent un régime médicamenteux complexe qui peut devenir une source de maladies iatrogèniques physiques et mentales. D'autant plus que les sujets âgés sont plus susceptibles d'être affectés par les réactions anormales causées par des médicaments, que des adultes plus jeunes: le ralentissement de l'activité du foie et des reins rend l'élimination des médicaments plus difficile et plus lente. Or, d'après l'enquête Santé Canada, 68% des personnes âgées avaient pris un médicament au cours des deux jours précédant l'enquête: 38% en avaient consommé au moins deux variétés.

Au fond, plutôt que de faire l'inventaire des problèmes dont souffrent les personnes âgées, il serait sûrement plus pertinent de chercher à connaître leur degré d'autonomie. En 1980, 35% des Québécois âgés vivant chez eux connaissaient des limitations sérieuses et permanentes de leurs activités et 6,5% de toute la population âgée vivait en institution.

1.2.2 Quel est l'impact des différentes maladies sur l'espérance de vie en bonne santé des Québécois?

On peut essayer de synthétiser l'information dont on dispose sur les causes de mortalité ou de morbidité aux différents âges de la vie, en évaluant l'impact qu'ont ces différentes causes pathologiques sur l'espérance de vie en bonne santé des Québécois. Cet impact a deux composantes:

— Une composante mortalité: de combien d'années certaines maladies limitent-elles la durée moyenne de vie en faisant mourir prématurément les personnes qui en sont atteintes?

— Une composante de restriction d'activité: de combien d'années certaines maladies limitent-elles la durée moyenne de la vie en bonne santé, en entraînant pour les personnes qui en sont atteintes, des restrictions temporaires ou permanentes de leurs activités habituelles?

Certains problèmes de santé affectent plutôt la durée de la vie, d'autres davantage la qualité de cette vie, d'autres enfin les deux à la fois. La prise en compte simultanée de ces deux types d'impact, amènera un ordre de priorité des maladies différent de celui que l'on évoque traditionnellement lorsqu'on ne considère que la mortalité.

Quelles sont les maladies qui limitent le plus la durée moyenne de la vie des Québécois?

L'impact d'une maladie donnée sur la durée moyenne de vie correspond au gain en espérance de vie ordinaire qui serait obtenu si l'on arrivait à supprimer les décès prématurés attribuables à cette cause[3].

En 1980, ce sont encore les maladies de l'appareil circulatoire qui pèsent le plus lourd sur l'espérance de vie à la naissance des Québécois, hommes et femmes[3]. À elles seules, les maladies ischémiques du coeur (infarctus du myocarde) limitent davantage l'espérance de vie masculine que l'ensemble des tumeurs. Et ceci, bien que la mortalité par infarctus ait connu depuis 1971, comme dans le reste de l'Amérique du Nord, un revirement spectaculaire: 26% de baisse chez les hommes et 34% chez la femme. On a même estimé que le repli de la mortalité par maladies ischémiques du coeur expliquait près de la moitié de la baisse de la mortalité générale, tous âges, au Québec, entre 1971 et 1980[4].

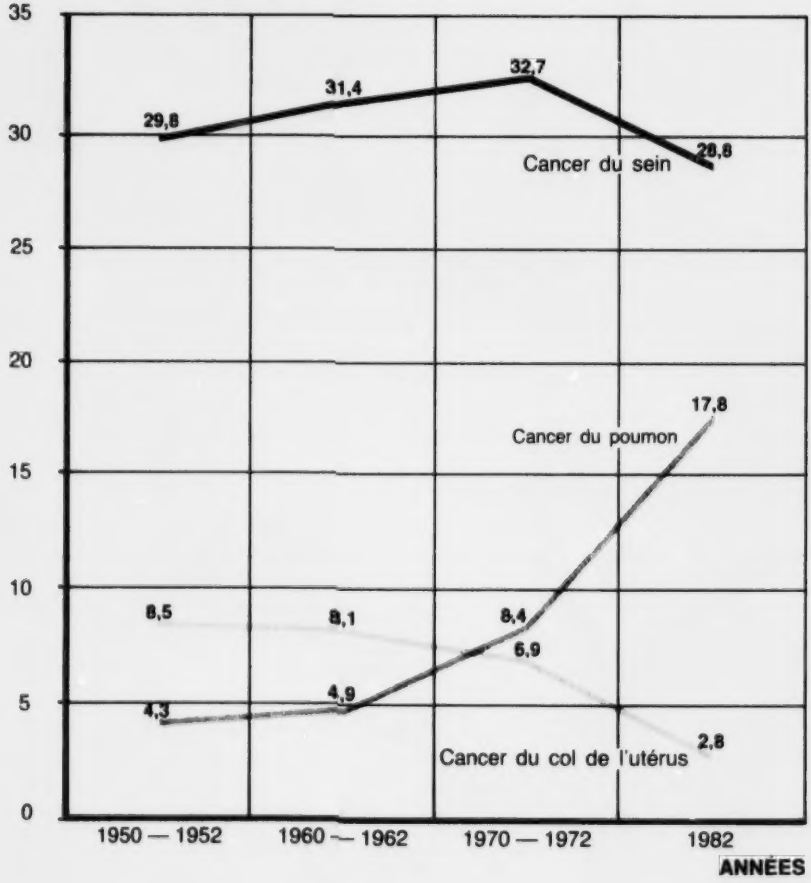
À quoi peut-on attribuer l'ampleur de cette baisse? Il semble que les efforts importants qui ont été consentis par les pays connaissant un taux élevé de maladies ischémiques ont fini par porter fruit: diminution de la quantité de matières grasses dans l'alimentation, diminution du pourcentage de fumeurs chez les hommes, amélioration du traitement de l'hypertension artérielle, pratique accrue de l'exercice physique et des sports, etc. On pourrait ajouter à cela l'évolution concomitante des techniques de soins: création d'unités de soins intensifs, développement de la chirurgie coronarienne, nouveaux traitements médicaux[4], etc.

Les tumeurs sont la deuxième cause importante de mortalité prématurée: le cancer du poumon représente environ le tiers du poids total des tumeurs sur l'espérance de vie masculine[3]. Depuis 1971, cependant, la croissance des taux de décès par cancer du poumon a ralenti chez les hommes: les effets de la baisse du nombre de fumeurs commenceraient à se faire sentir. Cette croissance s'accélère au contraire chez les femmes qui fument de plus en plus[4]. Le cancer du poumon est en voie de supplanter le cancer du sein comme la tumeur la plus meurtrière chez les femmes*. À l'inverse, la mortalité par cancer du col de l'utérus a diminué de près de 50% entre 1971 et 1980. Cette baisse n'est sûrement pas

* Selon les résultats obtenus par le département d'épidémiologie de l'Université de Washington à Seattle, le cancer du poumon a déjà supplanté en 1983 le cancer du sein chez la femme, dans cinq états américains. Cette situation devrait prévaloir dans l'ensemble des États-Unis en 1986, et au Canada en 1989.

Graphique 5

TAUX (STANDARDISÉS)
POUR 100 000 HABITANTS



Source: Calculs du Conseil des affaires sociales et de la famille d'après le Registre de la population.

étrangère aux examens périodiques auxquels se soumettent de plus en plus de femmes[4] (Graphique 5).

Enfin, viennent les accidents et traumatismes, qui limitent pratiquement autant la durée moyenne de vie des Québécois que l'ensemble des tumeurs[3]. À l'instar des pays qui ont pris des mesures pour réduire le nombre de morts par accidents de véhicules à moteur, le Québec a finalement réussi à obtenir une réduction de son taux de mortalité (25% entre 1971 et 1980) surtout après le niveau record de 1973[4]. Certaines mesures législatives adoptées en 1976, comme le port obligatoire de la ceinture de sécurité et la réduction des vitesses maximales autorisées sur les routes, ont probablement été parmi les plus efficaces. Il faut ajouter à ces mesures, les efforts d'amélioration du réseau routier, d'éducation de l'usager, et de répression de la conduite en état d'ivresse. Par contre, le Québec n'a pas réussi à enrayer la hausse spectaculaire de son taux de suicide.

De 1970 à 1981, celui-ci a pratiquement doublé, rattrapant ainsi et même dépassant le taux canadien qui n'augmentait que de 20% en moyenne pendant la même période.

Quelles sont les maladies qui affectent le plus la qualité de la vie des Québécois?

L'impact d'une maladie donnée sur la qualité de la vie correspond au gain en espérance de vie en bonne santé qui serait obtenu si l'on arrivait à supprimer tous les épisodes de limitation d'activité attribuables à cette maladie.

Ainsi, une fille née en 1980 doit envisager de passer près de 18 ans sur ses 78 années d'espérance de vie à la naissance, (soit 23% de sa vie) avec un ralentissement de ses activités. Pour les garçons, cette proportion est plus faible, mais les problèmes de santé sont souvent plus lourds[3].

L'arthrite, les rhumatismes, les maux de dos et autres problèmes du système ostéo-articulaire, sont les principaux responsables des limitations permanentes d'activité chez les hommes comme chez les femmes. Ils sont suivis dans l'un et l'autre cas par les maladies de l'appareil circulatoire. Ces deux types de maladies chroniques occasionnent chez les personnes qui en souffrent des crises aiguës qui peuvent les rendre totalement invalides, les obligeant à s'aliter ou même à être hospitalisées. La fréquence de ces crises est assez importante pour expliquer plus du quart de l'ensemble des épisodes d'incapacité temporaire vécus par les Québécois en 1980, soit

presque autant que les épisodes de problèmes respiratoires aigus comme la grippe, les affections aiguës, les pneumonies.

Il ne faut pas oublier que les accidents laissent des séquelles importantes, souvent sous-estimées, qui peuvent compromettre de façon permanente la qualité de vie des personnes qui en ont été les victimes.

Enfin les femmes déclarent beaucoup plus souvent que les hommes des problèmes de santé mentale assez sérieux pour qu'elles se sentent incapables de fonctionner normalement. De tels épisodes sont en effet moins fréquemment déclarés par les hommes[2]. Par contre, le nombre de journées d'hospitalisation pour troubles mentaux est plus élevé chez ces derniers.

L'impact total des différentes maladies

La prise en compte simultanée de l'impact des différentes maladies sur la durée moyenne de la vie des Québécois, comme sur la qualité de cette vie, entraîne une hiérarchisation des causes pathologiques différente de celle obtenue par le seul examen des causes de mortalité. Elle vient en effet renforcer la suprématie des maladies circulatoires, chez les hommes comme chez les femmes. Elle fait passer les accidents et les traumatismes au deuxième rang, avant les tumeurs, et donne le cinquième rang aux maladies de l'appareil respiratoire. Mais surtout, les problèmes ostéo-articulaires (arthrite, rhumatismes, maux de dos, tendinites, etc.) dont on ne meurt pas, mais qui sont la première source de limitation d'activité prennent le quatrième rang des causes pathologiques chez les hommes, et le deuxième chez les femmes (Tableau 1).

Enfin, les troubles mentaux apparaissent comme une priorité importante, surtout si l'on y inclut les suicides.

Selon une étude récente[14], la hiérarchisation des différentes maladies selon leur impact sur l'espérance de vie en bonne santé est assez proche aux États-Unis, vers le milieu des années 1970, de celle que nous avons obtenue pour le Québec quelques années plus tard. On remarque toutefois que les maladies des voies respiratoires et les troubles digestifs prennent une place plus importante aux États-Unis qu'au Québec, notamment dans leur composante de restriction d'activité[3]. Par contre, les troubles mentaux y ont un rang plus modeste. Selon cette même étude, la quasi-totalité des causes pathologiques, à l'exception des suicides et des accidents, ont vu leur poids en mortalité baisser, aux États-Unis, entre 1966 et 1974. Mais ce gain en survie s'est accompagné pour la plupart des

Tableau 1
L'impact des principales maladies sur l'espérance de vie en bonne santé des Québécois, 1980

Classement des maladies	Impact sur la mortalité	Impact sur la restriction d'activité	Impact sur L'E.V.B.S.
1. Maladies de l'appareil circulatoire	3,53	2,64	6,17
2. Maladies du système ostéo-articulaire	—	3,51	3,51
3. Tumeurs	2,34	—	2,34
4. Accidents et traumatismes (excluant les suicides)	1,02	1,08	2,10
5. Maladies de l'appareil respiratoire	0,44	1,51	1,95
6. Troubles mentaux (incluant les suicides)	0,50	0,81	1,31
7. Anomalies congénitales et affections périnatales	0,95	—	0,95
8. Maladies de l'appareil digestif	0,36	0,28	0,64
9. Diabète	0,17	0,14	0,31
10. Maladies du système nerveux et sensoriel	0,17	0,12	0,29

Source: S. Dillard. Calculs du Conseil des affaires sociales et de la famille.

maladies (à l'exception de celles qui affectent principalement les enfants, et des troubles mentaux), d'une hausse considérable de leur poids en restriction d'activité. Au total, l'impact global de toutes les maladies chroniques s'est accru, expliquant la baisse de l'espérance de vie en bonne santé constatée aux États-Unis entre ces deux dates.

1.3 Quel est le coût économique et social de la maladie au Québec au début des années 1980?

Le coût de la maladie doit être envisagé sous deux aspects différents mais complémentaires: l'un se réfère aux efforts déployés

par la société pour lutter contre elle (coûts directs), tandis que l'autre fait intervenir les éléments négatifs qui, malgré ces efforts, affectent le bien-être des individus et de la société (coûts indirects)[15].

On a coutume d'appeler coûts directs, les ressources globalement consacrées à la lutte contre la maladie. Elles incluent généralement toutes les dépenses directes, effectuées par les individus ou l'État, pour la prévention, le dépistage, le traitement de la maladie ou le maintien en santé, en y incluant également l'administration et la recherche[16].

On qualifie habituellement de coûts indirects les conséquences négatives de la maladie qui affectent le bien-être d'un individu et d'une société. Les dimensions de ces coûts sont multiples: souffrance, préjudices causés à l'individu et à son entourage sur le plan matériel, psychologique, et financier, et perturbations de l'équilibre familial qui peuvent en résulter; atteintes à l'intégration sociale de l'individu qui doit modifier ses activités ou même les cesser, à la suite de problèmes de santé.

1.3.1 Les coûts directs de la maladie: combien dépense-t-on au Québec pour lutter contre elle?

Les estimations les plus récentes chiffraient à 7 500 000 000 $ pour l'année 1982, les dépenses totales de santé au Québec, soit 8,9% de son produit intérieur brut. Cela signifie que chaque Québécois a dépensé en moyenne 1 167 $ pour sa santé au cours de cette année[17]. L'État finance, par prélèvement fiscal, 80% environ de toutes ces dépenses ce qui représente un peu plus de 6 000 000 000 $.

On est porté naturellement, lorsque l'on en connaît le montant, à vouloir identifier les principaux responsables de ces coûts: pour quelle maladie (problèmes cardiaques, accidents, cancers) dépense-t-on le plus en soins de toutes sortes? Quels facteurs de risque (tabac, pollution, conditions de travail) trouve-t-on le plus souvent à l'origine de ces coûts? Or il ne faut pas oublier que l'économiste, lorsqu'il mesure le coût direct d'une maladie, mesure aussi bien ce faisant le mode de couverture sociale des dépenses de santé, la nature des ressources utilisées pour traiter ou prévenir la maladie, le comportement de recours aux soins de différentes catégories sociales et l'ensemble des facteurs qui à leur tour déterminent ces comportements. Le coût de la maladie est donc le résultat d'une

dynamique économique et sociale complexe qui vaut pour un moment de l'histoire et une société donnée.

Concentration des coûts chez les personnes âgées

Bien qu'elles ne représentent que 8,7% de la population, les personnes âgées occasionnent 37,4% des dépenses publiques de santé[16] (Graphique 6). Au Québec, le niveau d'utilisation des ressources est considérable par rapport à celui d'autres provinces ou pays où le poids démographique des 65 ans et plus est encore plus élevé. Il est vrai que les personnes âgées consomment beaucoup plus de n'importe quel type de soins que les plus jeunes. Mais c'est surtout au niveau des ressources institutionnelles, que cette surconsommation est flagrante: les personnes âgées mobilisent en effet 60% des ressources pour les soins en établissement de long terme, contre 15% seulement des coûts des soins médicaux ambulatoires. On constate ainsi qu'au Québec le coût moyen per capita est 6,3 fois plus élevé pour les personnes âgées, que pour celles qui ont entre 0 et 64 ans. Ce rapport est de 3,9 aux États-Unis, et de 4,7 en Ontario[16].

Cette situation reflète l'importance des ressources institutionnelles dans l'ensemble des services offerts aux personnes âgées. En 1980, près de 7% des personnes de 65 ans et plus étaient hébergées en centres d'accueil ou en centres hospitaliers de soins prolongés. Alors qu'en Autriche, par exemple, le taux d'institutionnalisation n'était que de 3,5% à la même époque[18].

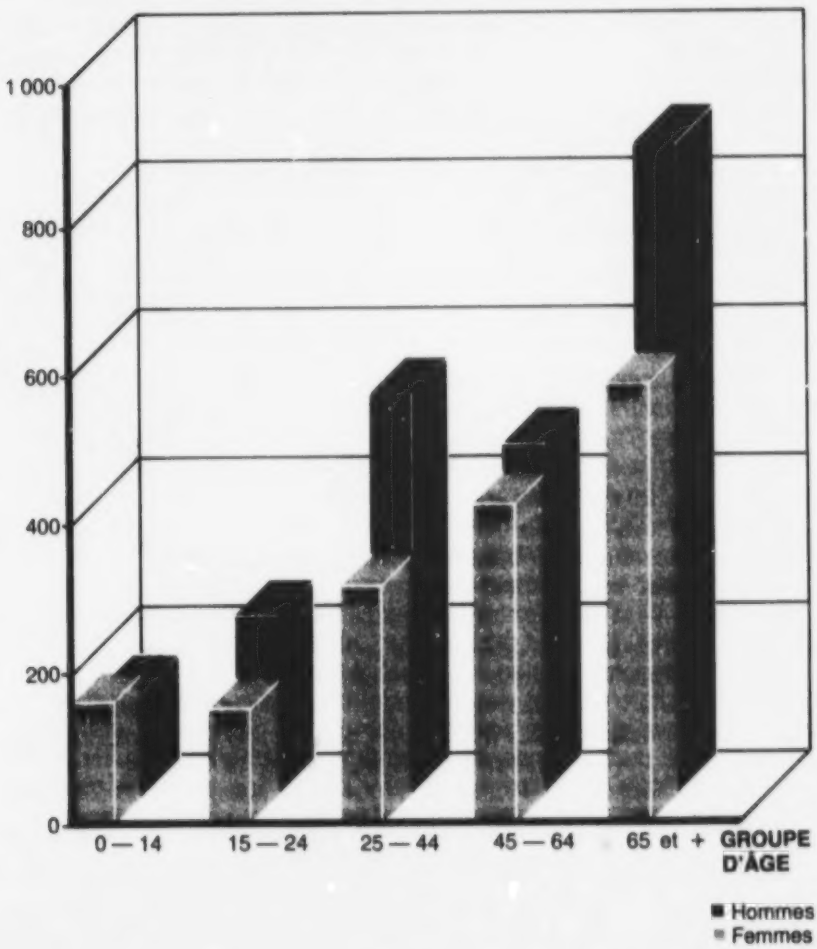
Selon une étude québécoise récente, 46% environ des personnes âgées placées en centres d'accueil d'hébergement et 15% de celles qui vivent en centres hospitaliers de soins prolongés, le seraient à tort[19]. On peut trop souvent attribuer l'aggravation de leur état à l'institutionnalisation ou à un séjour trop prolongé au lit[20]. L'engorgement croissant des hôpitaux de courte durée par des lits de long terme occupés par des personnes âgées est une autre conséquence de l'absence de ressources intermédiaires, plus légères et probablement mieux adaptées aux besoins réels des personnes âgées.

Les troubles mentaux sont les plus coûteux

Les troubles mentaux viennent en tête des maladies les plus coûteuses, accaparant près de 18% des dépenses publiques de santé au Québec. Les maladies cardio-vasculaires se placent au deuxième rang, avec 16,8% des dépenses. Viennent ensuite les

Graphique 6

[illegible]



Source: François Camirand, *Estimation des coûts directs de la maladie au Québec*, document technique, Conseil des affaires sociales et de la famille, 1983.

maladies de l'appareil digestif et les maladies du système nerveux et des organes des sens qui occasionnent respectivement 10,3 et 8,6% des dépenses publiques de santé[15] (Graphique 7).

Cette place prépondérante des troubles mentaux, en termes de coûts, traduit surtout le fait que la nature des traitements et des ressources disponibles pour les psychoses graves comme les psychoses schizophréniques implique le recours à des soins en établissement plutôt qu'à des soins de nature plus légère. En effet 58,1% des dépenses occasionnées par les troubles mentaux sont attribuables à des soins de long terme, en hôpitaux psychiatriques, alors que pour l'ensemble des autres maladies, la part des soins en établissement de long terme n'est que de 29% (46% cependant pour les maladies du système nerveux et des organes des sens)[16].

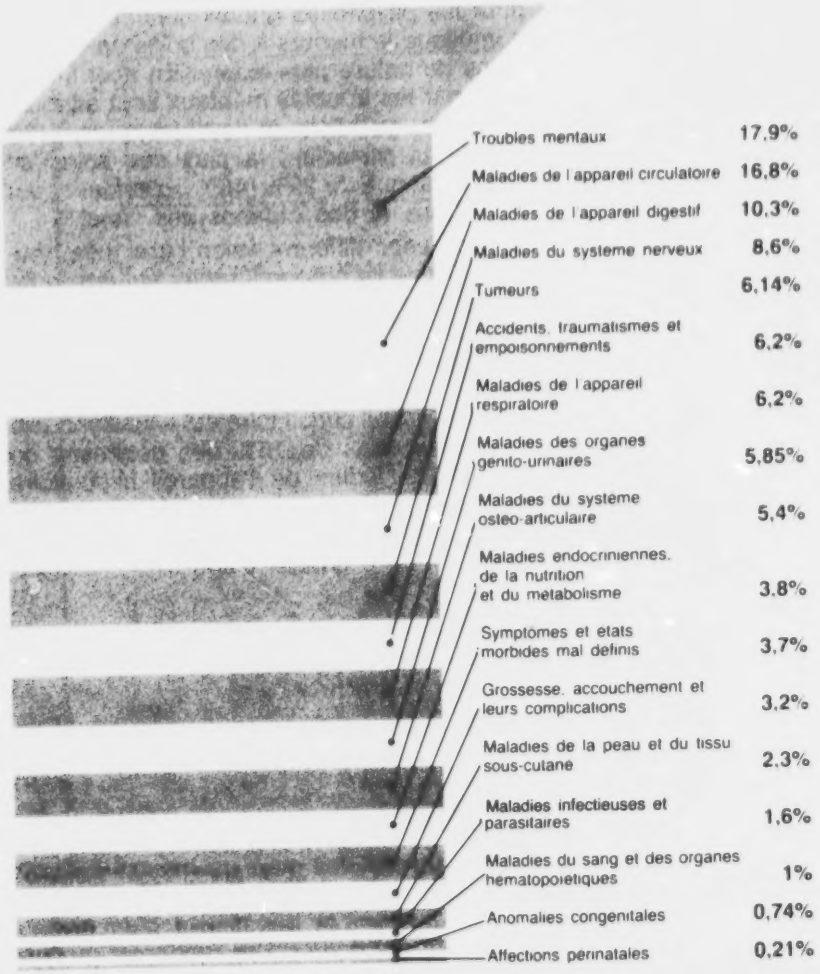
Les maladies les plus coûteuses diffèrent selon l'âge. Les troubles mentaux constituent la pathologie prépondérante, en termes de coût, chez les adolescents et les adultes de moins de 45 ans, chez qui elle représente plus de 26% des dépenses de santé. Chez les adultes de 45 à 64 ans, les troubles mentaux représentent encore une large part des dépenses (17,7%). Cependant, ils sont suivis de très près par les maladies de l'appareil circulatoire qui se taillent déjà une place importante, accaparant plus de 15% des dépenses de santé. Au-delà de 65 ans, les maladies de l'appareil circulatoire occupent la première place et devancent de très loin toutes les autres maladies, puisqu'elles représentent à elles seules près de 30% des dépenses de santé pour ce groupe d'âge[16].

1.3.2 Les coûts indirects de la maladie: quel est l'impact de la maladie sur le bien-être de l'individu et de la société?

La plupart des conséquences de la maladie sont souvent difficiles à estimer. Comment mesurer la souffrance physique ou mentale? De plus, elles varient considérablement selon les ressources personnelles de l'individu et celles de son milieu. On conçoit facilement que les conséquences d'une maladie ou d'un accident du travail seront particulièrement dramatiques pour un homme ou une femme qui sont les seuls gagne-pains d'une famille nombreuse. Elles seront cependant moins fortes s'ils bénéficient d'un niveau d'instruction assez solide, qui leur permette de se réorienter professionnellement et de rester actifs. Dans le cas contraire, s'ils n'ont pu bénéficier d'une compensation raisonnable de la Commission de la santé et de la sécurité du travail, ils ont toutes les chances de se retrouver à l'aide sociale, eux et leur famille, pour le reste de leur vie.

Graphique 7

Répartition des dépenses publiques de santé selon la maladie, Québec, 1980-1981



Source: François Camirand, *Les coûts de la maladie*, Conseil des affaires sociales et de la famille, 1983.

La maladie et la sécurité de revenu : environ deux milliards de transferts publics

Depuis la fin des années 1960, la législation sociale québécoise en matière de sécurité de revenu, repose très largement sur une philosophie implicite de revenu minimum garanti. Il existe ainsi un certain nombre de programmes de transferts, fédéraux et provinciaux, destinés à diminuer l'impact financier de la maladie pour l'individu et sa famille, en répartissant le risque sur l'ensemble de la population en bonne santé. Les transferts atteignent des montants considérables et laissent entrevoir l'ampleur des coûts financiers que les individus devraient supporter si de tels programmes n'existaient pas.

À titre d'illustration et en se limitant aux transferts publics : pour l'année 1983, près de 900 000 000 $ ont été versés aux bénéficiaires de l'aide sociale jugés inaptes au travail[21]. Une faible proportion de ces bénéficiaires sont jugés inaptes au travail pour d'autres raisons que leur mauvaise santé. En 1982, la Commission de la santé et de la Sécurité du travail déboursait près de 600 000 000 $ afin de compenser ou de favoriser la réadaptation des travailleurs souffrant de lésions professionnelles[22]. Au cours de la même période, les travailleurs québécois percevaient environ 45 000 000 $ de l'assurance-chômage au titre de prestations pour maladie[23]. Enfin la Régie des rentes du Québec a versé en 1983 plus de 450 000 000 $ de rentes de survivants*, d'invalidité et de prestations de décès[24].

Ainsi les transferts peuvent arriver à réduire sensiblement le manque à gagner de l'individu, en lui garantissant un revenu minimal, même s'il est incapable de travailler. Mais au niveau de l'ensemble de la société le manque à gagner reste entier : les transferts peuvent répartir la perte, mais non l'éliminer. La plupart des études évaluent ce manque à gagner à l'ampleur des pertes de production du fait de la maladie et de la mortalité prématurée.

Quel est en 1980 le manque à gagner pour la société québécoise du fait de la morbidité et des morts prématurées ?

Le manque à gagner du fait de la **morbidité** peut provenir : soit d'une incapacité temporaire de l'individu (par exemple à la suite d'une grippe ou d'un accident) qui l'empêche de se rendre à son travail ou d'effectuer ses travaux ménagers, lorsqu'il s'agit de son

* dont 275 000 000 $ de rentes de conjoint survivant.

activité principale; soit d'une restriction permanente d'activité qui rend l'individu incapable de travailler. Le manque à gagner correspond alors à la perte de rémunération, et à la valeur des travaux ménagers non effectués. Le travail bénévole n'est pas pris en compte dans cette évaluation. L'approche sur laquelle on s'appuie habituellement pour essayer d'évaluer le manque à gagner associé à la **mortalité prématurée** est celle dite du « capital humain »; elle prend en considération l'ensemble des gains pendant tout le cycle vital de l'individu, utilisant ainsi la valeur présente de tous ses gains futurs comme mesure du coût pour la société, de sa mort prématurée.

Le manque à gagner atteint trois milliards en 1980 du fait de la morbidité...

L'ensemble des pertes de production attribuables à la morbidité atteignait 3 000 000 000 $ en 1980, pour un total de 67 000 000 de journées de travail perdues[25]. Cette estimation est toutefois conservatrice. Elle ne prend pas en compte, en effet, les pertes provenant de la désorganisation du processus productif. Les journées de travail perdues par les hommes représentent 48% du total de ces journées, mais 71% de la valeur de la production perdue. Cet écart est dû aux différences importantes de rémunération entre les hommes et les femmes.

Au contraire, les femmes qui sont sur le marché du travail, même si elles représentent 29% de la population productive (soit la population active et les femmes à la maison) ne comptent que pour 14% dans le total des journées de travail perdues, et pour 12% seulement dans la valeur de la production perdue. Il est vrai que les femmes sont en moyenne moins rémunérées que les hommes. Lorsque leur état de santé les empêche de façon durable de travailler à l'extérieur, on constate que les femmes déclarent alors que leur activité principale est le travail à la maison. De plus, si elles se sentent souvent restreintes dans leur travail familial, elles se reconnaissent rarement incapables de l'exercer. Selon les données de l'enquête Santé Canada, 1% seulement des femmes de 45 à 64 ans se déclaraient incapables d'exercer leur activité principale, alors que le pourcentage était 7 fois plus élevé chez les hommes du même âge[3].

D'ailleurs les incapacités permanentes de travailler engendrent près de 82% des pertes de production chez les hommes, contre 43% seulement chez les femmes.

...et 1 500 000 000 $ du fait de la mortalité prématurée

En 1980, le manque à gagner du fait de la mortalité prématurée atteignait 1 500 000 000 $.

Le tiers des décès prématurés ont lieu chez les personnes de 45 à 64 ans. Mais le manque à gagner correspondant atteint la moitié de ces 1 500 000 000 $. En outre, les adultes dans la force de l'âge (25 à 44 ans) représentent 8% des décès prématurés, mais 26% du manque à gagner total.

Si l'on fait la somme des manques à gagner provenant de la morbidité et de la mortalité prématurée, les pertes de production s'élèvent à près de 4 600 000 000 $, soit à 725 $ per capita en moyenne. Mais cette perte atteint 3 000 $ per capita, dans le groupe des personnes âgées de 45 à 64 ans[25] (Graphique 8).

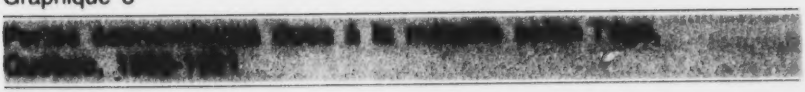
Près d'un milliard de ces pertes sont dues aux maladies cardio-vasculaires

Les maladies cardio-vasculaires sont encore une fois les principales responsables du manque à gagner total: elles génèrent en effet près d'un milliard de pertes de production, dont la moitié proviennent des décès prématurés[25] (Graphique 9).

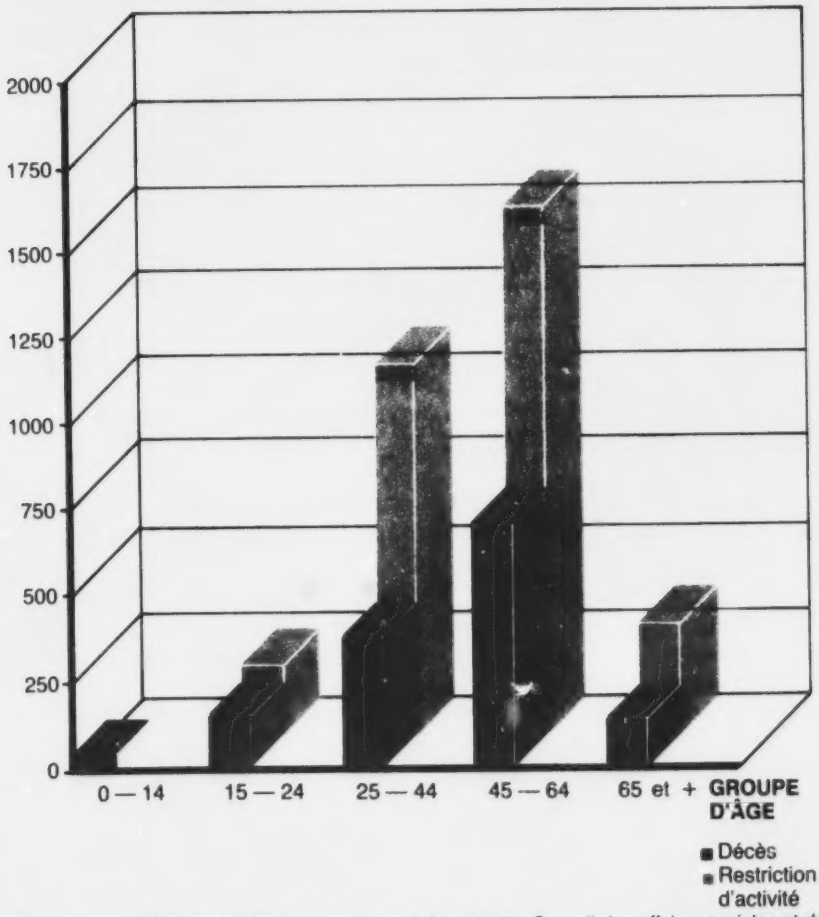
Viennent ensuite les accidents et traumatismes et les problèmes ostéo-articulaires, chacun pour environ 15% du total. Mais dans le groupe des maladies rhumatismales, la totalité des pertes proviennent d'incapacités permanentes ou temporaires de vaquer à ses occupations.

Les problèmes respiratoires et les tumeurs occupent respectivement le quatrième et le cinquième rang, suivis par les troubles mentaux qui, si on y inclut les suicides, génèrent près de 300 000 000 $ de pertes de production.

Graphique 8

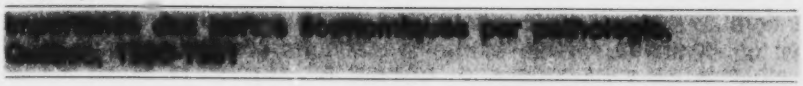


MILLIONS DE $

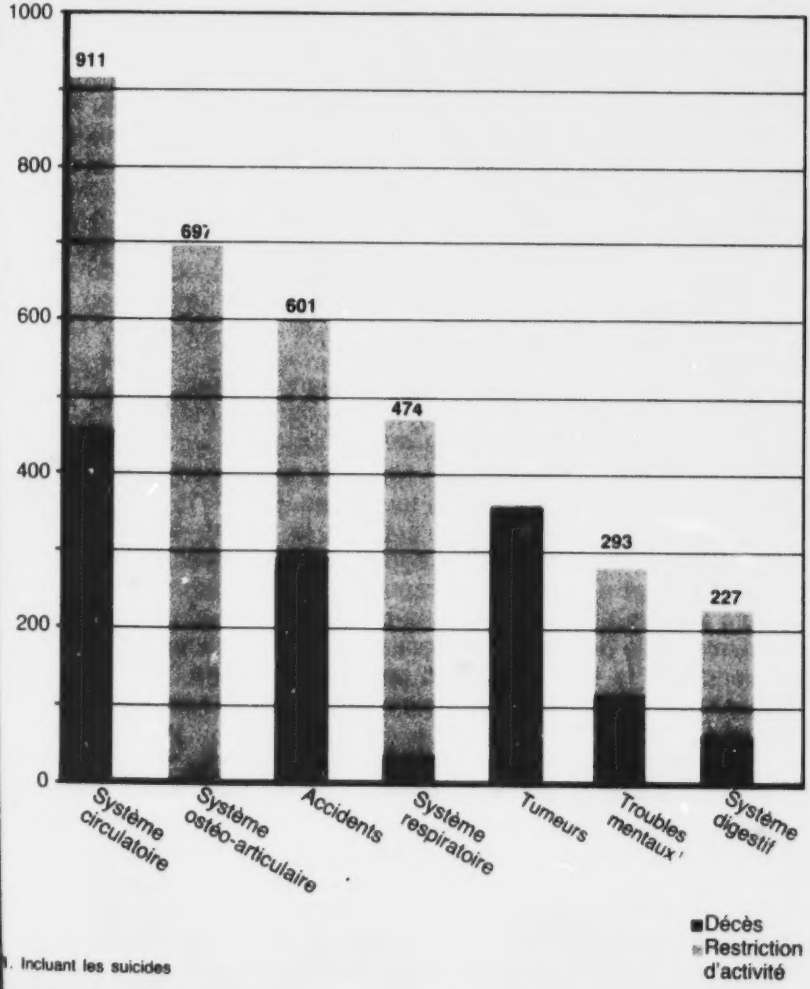


Source: F. Camirand, *L'impact économique de la maladie*, Conseil des affaires sociales et de la famille (à paraître).

Graphique 9



MILLIONS DE $



1. Incluant les suicides

Source: F. Camirand, *L'impact économique de la maladie*, Conseil des affaires sociales et de la famille (à paraître).

L'évaluation des coûts indirects de la maladie a suscité et suscite encore de nombreuses controverses, car la valeur de la vie humaine est au centre du débat. Même si d'aucuns soutiennent que cette valeur ne peut s'exprimer en termes monétaires, la rareté de la richesse collective peut requérir qu'une certaine valeur soit placée sur des programmes ayant comme objectif de sauver des vies humaines. Personne n'a encore réussi à évaluer de façon satisfaisante l'ensemble de ces coûts, et notamment les aspects qualitatifs que l'on regroupe le plus souvent sous le vocable psychosociaux. La plupart des études se limitent en fait à évaluer l'ampleur des pertes de production qu'une société enregistre, du fait de la maladie ou de la mortalité prématurée. Mais tout processus de décision politique dans le domaine de la santé, devrait tenir compte explicitement des coûts psychosociaux associés à la maladie, même si l'on n'a pas réussi à leur attribuer une valeur monétaire.

Comment va la santé au Québec?

On doit réagir avec un optimisme nuancé à tous ces différents aspects de la santé des Québécois. Il y a dans ce portrait des motifs de se réjouir, et des raisons de se préoccuper.

On ne peut d'abord que se réjouir du recul spectaculaire de la mortalité chez les Québécois de tous âges. En 1981, près de 8 000 décès ont ainsi été épargnés, grâce à la baisse de la mortalité depuis 1971 (Tableau 2). Il faut également se féliciter de l'ensemble des mesures et des comportements qui ont permis ce recul, et qui se sont traduits notamment par la baisse de la mortalité infantile et périnatale, celle des décès par maladies ischémiques du coeur, par accidents de la route, ou par cancer du col de l'utérus, et le ralentissement dans la progression des décès par cancer du poumon chez l'homme.

Certaines données sont au contraire alarmantes: l'évolution du taux de suicide chez les jeunes et les femmes dans la cinquantaine et la hausse rapide du cancer du poumon chez la femme.

D'autres informations viennent également modérer notre optimisme: celles qui font ressortir l'ampleur des conséquences de la maladie dans la vie quotidienne de l'individu. Il n'est pas du tout évident, que l'espérance de vie en bonne santé des Québécois ait évolué comme l'espérance de vie ordinaire. Les études américaines montrent en effet qu'on est loin d'avoir obtenu au niveau de l'incapacité, les résultats que l'on constate pour la mortalité. En fait, les

stratégies d'intervention ont surtout eu comme conséquence d'allonger la durée de la vie. Elles ne se sont pas toujours accompagnées de stratégies destinées à améliorer la qualité de cette vie. Or le visage de la maladie s'est modifié: beaucoup plus de maladies chroniques qu'auparavant, qui durent plus longtemps et génèrent souffrance et incapacité.

Fait nouveau, les trois quarts des décès épargnés en 1981 l'ont été chez les personnes âgées de 45 ans et plus (Tableau 2). Or cet accroissement de la longévité correspond trop souvent, surtout au-delà de 65 ans, à une augmentation des épisodes d'incapacité partielle ou totale, de souffrance et de perte d'autonomie. Cette évolution pose un véritable défi au planificateur en santé: prévoir non seulement le rythme de vieillissement de la population, mais également la longévité des personnes âgées auxquelles il faudra offrir des services de santé plus adaptés à leurs besoins et moins coûteux qu'une institutionnalisation trop systématique.

Les problèmes de santé des Québécois ont un impact sur l'économie qu'on ne peut négliger. Les estimations les plus récentes chiffrent à 7,5 milliards $ environ, pour l'année 1982, les dépenses de santé au Québec (publiques et privées), soit 8,9% de son produit intérieur brut. Cela signifie que chaque Québécois a dépensé en moyenne 1 167 $ pour sa santé au cours de cette année. Ce chiffre est légèrement inférieur à la moyenne canadienne, qui est de 1 220 $ par personne. Aux États-Unis, il était de 1 365 $ US en 1982[17]. Ces sommes correspondent aux ressources globales consacrées par la société à la lutte contre la maladie. Mais on oublie souvent que celle-ci est également à l'origine d'un manque à gagner important en termes de pertes de production. On a pu évaluer ces pertes à plus de 4,5 milliards $ pour l'année 1980. La moitié de ce manque à gagner provient de la mortalité prématurée ou de l'incapacité de travailler des adultes âgés de 45 à 64 ans. Ces chiffres traduisent l'impact économique considérable des maladies chroniques qui atteignent les adultes encore en âge de travailler.

De nouvelles priorités émergent de ce bilan: une préoccupation de qualité de vie et d'autonomie, notamment pour les personnes âgées, l'importance à accorder à certaines maladies chroniques dont l'issue n'est pas forcément fatale, mais qui compromettent sérieusement la qualité de vie des Québécois, et qui sont à l'origine de coûts humains, sociaux et économiques parfois considérables, comme par exemple tout le cortège des problèmes ostéo-articulaires (arthrite, rhumatismes, maux de dos) et des problèmes de santé mentale.

Tableau 2
Importance des décès épargnés au québec en 1981 grâce à la baisse de la mortalité depuis 1971

Groupe d'âge	Nombre de décès	Pourcentage
moins d'un an	880	11,2
1 — 14	366	4,7
15 — 24	197	2,5
25 — 44	550	7,0
45 — 64	1 613	20,7
65 ans et plus	4 223	53,9
Total	**7 829**	**100,0**

Source: L. Roy. Calculs du Conseil des affaires sociales et de la famille.

Les maladies rhumatismales sont la première cause de restriction permanente d'activité et engendraient de ce fait en 1981 environ 700 millions $ de manque à gagner pour notre société.

L'importance des problèmes de santé mentale est manifeste dans la plupart des indicateurs: plus spécialement dans les statistiques de journées d'hospitalisation, dans le montant des dépenses que l'on consacre à leur traitement, et dans l'évolution et le niveau des taux de suicide.

Ces derniers sont souvent l'aboutissement de tout un continuum de problèmes. Ils laissent cependant entrevoir toute une réalité de souffrance encore mal connue, et ils suggèrent une réflexion approfondie non seulement sur l'ampleur réelle et la cause des problèmes de santé mentale, mais aussi sur les meilleurs moyens de s'y attaquer.

2. Les déterminants de la santé au Québec

2.1 Un concept de santé globale...

L'un des mérites essentiels du rapport Lalonde[26] est d'avoir insisté sur la diversité des facteurs susceptibles d'influencer la santé. Les idées développées dans la *Nouvelle perspective sur la santé des canadiens* s'inspiraient d'une longue tradition de scepticisme, quant à la capacité réelle du système de soins à améliorer la santé de la population, et notamment à endiguer la croissance des maladies chroniques dégénératives. Elles reflétaient également le malaise ressenti par les planificateurs qui comparaient la faiblesse des résultats obtenus à l'ampleur des fonds investis depuis 1945[27]. Cette « Nouvelle perspective » proposait une conception globale de la santé, en identifiant les quatre principaux éléments susceptibles d'influencer la maladie et la mortalité :

— La biologie humaine, soit « tous les aspects de la santé physique et mentale ayant leur origine à l'intérieur de l'organisme et dépendant de la structure biologique de l'homme ».

— L'environnement, soit « l'ensemble des facteurs extérieurs du corps humain qui ont une incidence sur la santé et échappent en tout ou en partie à la maîtrise de chacun ».

— Les habitudes de vie, soit « l'ensemble des décisions que prennent les individus et qui ont des répercussions sur leur propre santé », ce sont des « risques auxquels la personne s'expose délibérément ».

— L'organisation des soins de santé, qui « comprend non seulement la quantité, la qualité, l'agencement et la nature des soins, mais aussi les rapports entre la population et les ressources engagées dans la distribution des soins de santé ». Il s'agit au fond du système de soins.

Cette conception globale de la santé invite tous les acteurs, sur cette scène élargie, à « s'interroger sur leurs rôles respectifs et sur l'influence qu'ils exercent sur la qualité de la santé »[28].

Mais le rapport Lalonde met en fait très nettement l'accent sur les habitudes de vie et les comportements individuels ; tous les risques pris « délibérément par l'individu » et sur lesquels il a un « pouvoir de contrôle » y sont présentés comme la cause principale de la mauvaise santé des Canadiens.

L'environnement auquel la « Nouvelle perspective » fait référence se limite d'ailleurs à l'environnement physique. Il y est peu fait mention de l'environnement socio-culturel, économique, ou du milieu de travail, ni de la façon dont ceux-ci peuvent avoir une influence sur la santé.

Enfin, si on ne peut accuser les auteurs du rapport Lalonde de nihilisme thérapeutique, leur résignation quant aux possibilités réelles, et parfois non traditionnelles, du système de soins de contribuer à améliorer la santé des Canadiens est peut-être prématurée. Elle est même dangereuse, car elle peut trop facilement servir de prétexte à des coupures budgétaires injustifiées dans le domaine des soins[27].

...enrichi par une approche écologique de la santé

L'approche écologique de la santé repose directement sur le concept que nous avons retenu dès le début de la démarche. Nous avons en effet défini la santé comme le résultat d'un processus d'adaptation entre l'individu et son milieu.

Cette approche reconnaît la multiplicité des déterminants de la santé, situés chez l'individu ou dans son milieu; elle insiste surtout sur la complexité de leur interaction et du processus par lequel ces déterminants peuvent affecter la santé d'un individu. Elle reflète l'orientation prise par les travaux épidémiologiques actuels, qui cherchent à mieux comprendre l'étiologie des maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, arthrite, troubles mentaux, séquelles d'accidents).

Ces maladies dominent, comme on l'a vu, le tableau de la mortalité prématurée et de la morbidité. Or elles se caractérisent, notamment, par un faisceau de facteurs prédisposants ou précipitants, et de conséquences extrêmement complexes, et par la difficulté de connaître l'importance relative des déterminants et leurs interactions. Il existe en outre de grandes incertitudes sur les effets à long terme des mesures préventives (comme la modification de certains comportements) ou thérapeutiques sur ces maladies. Mais un nombre croissant d'études mettent l'accent sur l'importance de l'environnement au sens large et des modes de vie dans l'étiologie de ces maladies[28], et font appel dans leurs recherches à d'autres disciplines comme la psychologie, la sociologie, ou l'écologie.

Dans la plupart des cas, on peut d'ailleurs difficilement parler de causes. La cause d'un problème est un acte, un événement, ou un état de la nature qui entraîne **inévitablement**, seule ou avec d'au-

tres causes, une séquence d'événements résultant en un effet[29]. On obtient très rarement la preuve irréfutable que le facteur aura l'effet en question. Les déterminants sont plutôt des facteurs de risque que l'on a pu associer statistiquement à certains problèmes de santé.

La mise en évidence de certaines relations complexes entre des variables comme la personnalité, le statut social, les valeurs acceptées dans un milieu, les habitudes de vie, les conditions de travail, les réactions au stress, et certains problèmes de santé physiques et mentaux, ouvre cependant la possibilité d'une prévention plus large ; elle permet également de réfléchir sur la combinaison de facteurs, dans l'environnement, la plus favorable à la santé, c'est-à-dire à l'adaptation de l'individu sans atteinte à son intégrité[30].

L'approche écologique suggère ainsi que la santé résulte de l'action conjuguée des divers acteurs du système de santé : l'individu, en premier lieu, mais aussi la famille, la communauté, le milieu de travail, le système de soins, les différents niveaux de pouvoir publics, etc. Elle veut favoriser une prise de conscience par l'ensemble de ces acteurs, à commencer par l'individu lui-même, des possibilités d'intervention face aux différents déterminants de la santé, et du nécessaire partage des responsabilités qui en résulte. Elle se distingue en cela d'une approche plus technicienne, qui laisserait aux différents spécialistes et professionnels de la santé la plus grande responsabilité de l'amélioration de la santé.

Mais l'approche écologique reconnaît également les limites de ces interventions. **Un environnement aussi favorable soit-il ne peut supprimer ni le vieillissement, ni les pathologies reliées à l'hérédité ou aux fluctuations de la biologie humaine. La maladie et la mort demeurent une réalité, dont l'environnement peut néanmoins contribuer à en amoindrir les conséquences pour l'individu et son entourage.**

2.2 Les différents déterminants de la santé

Dans le modèle écologique de la santé, les déterminants sont à peu de choses près ceux qu'identifiait la conception globale de la santé. Mais on se préoccupe davantage des relations qui existent entre ces différents déterminants, afin de pouvoir mieux saisir la genèse, souvent si complexe, des problèmes de santé. L'analyse de l'influence des différents milieux y est notamment approfondie (figure 1).

Plus précisément on distingue:

— **Les facteurs biologiques**: il s'agit de tous les éléments de la biologie humaine: patrimoine génétique individuel, maturation, vieillissement, résistance aux infections et aux tumeurs, et les nombreux systèmes internes complexes de l'organisme.

— **Les facteurs environnementaux**: qui englobent le stress, l'environnement physique, social, économique, de travail, et les habitudes de vie. Ces facteurs peuvent agir directement sur la santé, ou indirectement par leur influence sur d'autres facteurs. Le stress, par exemple, est un des principaux canaux par lequel l'environnement social peut agir sur la santé, surtout s'il entraîne chez l'individu le développement d'habitudes de vie nuisibles à sa santé.

— **Le système de soins**: il s'agira de voir dans quelle mesure l'organisation des soins, au sens large, a pu contribuer ou non à améliorer la santé des individus, et comment l'approche écologique pourrait modifier certaines des orientations de ce système.

*2.2.1 Les différents aspects de la biologie humaine**[28,31]

2.2.1.1 L'évolution des objectifs de recherche et d'action médicales

Les efforts de recherche et d'action de la médecine, concernant la biologie humaine, se sont d'abord traduits par le développement des disciplines dites fondamentales, comme par exemple les sciences morphologiques, la médecine expérimentale, la chimie ou la pharmacologie. Plus récemment, la physiologie des régulations, la biophysique, la biochimie, la génétique et l'immunologie ont reçu une impulsion considérable. La cytogénétique humaine est née il y a deux décennies, donnant lieu à des découvertes d'une extrême importance, qui ont renouvelé la compréhension de nombreux états malformatifs, de la plupart des avortements spontanés, et de certains aspects de la carcinogénèse.

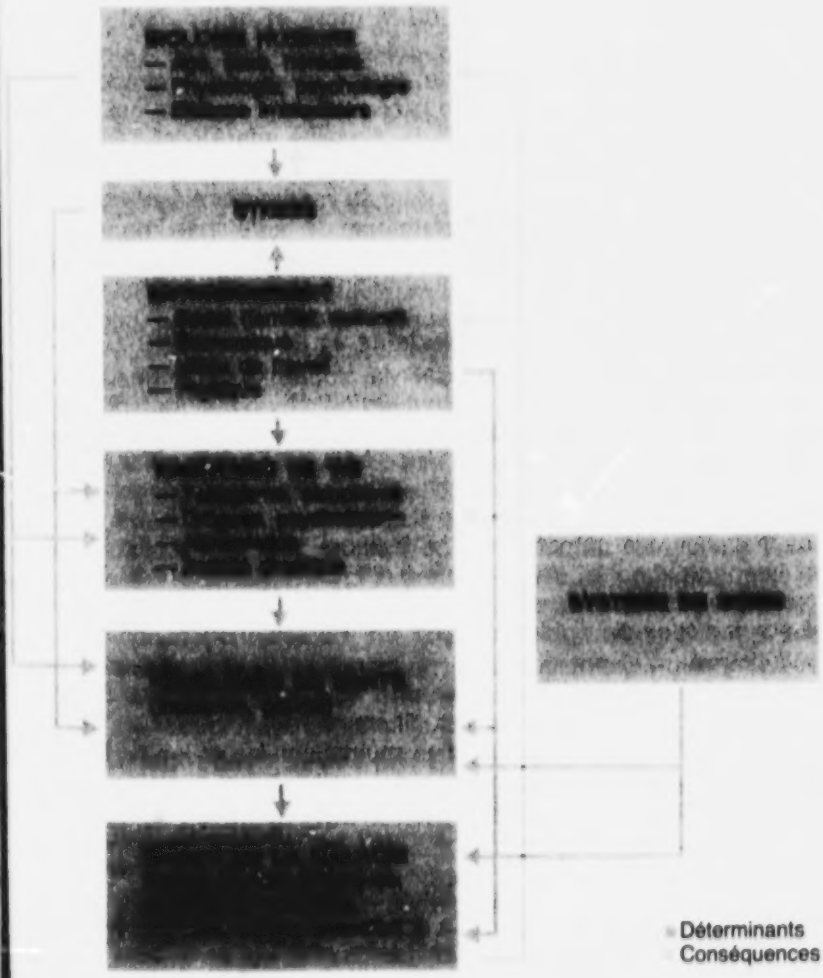
La recherche et l'action médicales se sont également développées dans le cadre des spécialités médicales, en fonction avant tout des concepts de biologie et de pathologie d'organes. Cette orientation prévaut encore largement à l'heure actuelle.

---

* Les éléments de cette section sont tirés essentiellement de deux ouvrages cités en référence: *Sciences de la vie et société* de F. Gros, F. Jacob et P. Royer; *Épidemiologie: principes, techniques, applications* de M. Jenicek et R. Cléroux.

Figure 1

Approche écologique de la santé



Source : Conseil des affaires sociales et de la famille.

Cependant, à partir des années 1970, les objectifs de l'action, de la recherche et de l'organisation médicales se sont élargis et s'expriment maintenant aussi en termes de problèmes de santé publique (comme la protection de la santé de la mère et de l'enfant) ou de grands objectifs (comme la réduction des principales causes de mortalité ou de morbidité).

La protection de la santé de la mère et de l'enfant

Les progrès de la recherche, qui se sont combinés à des décisions heureuses sur le plan de l'organisation des services, des comportements individuels et de l'accessibilité des soins ont permis un abaissement considérable de la mortalité infantile et périnatale.

Mais il reste le problème préoccupant et lourd de conséquences des malformations congénitales, dont se rapprochent également les maladies héréditaires du métabolisme ou de la défense immunitaire. Or, une part importante de ces malformations sont la conséquence de maladies héréditaires ou d'aberrations chromosomiques.

Les grandes causes de mortalité et de morbidité

Dans nos sociétés industrielles, la plupart des grandes causes de mortalité et de morbidité sont aujourd'hui des maladies non infectieuses aiguës ou chroniques. L'étiologie de ces maladies est souvent incertaine. Elle se caractérise fréquemment par une multiplicité de facteurs dont l'importance relative et l'interaction sont encore mal connues. Mais l'on retrouve la plupart du temps à l'origine de ces maladies une combinaison de facteurs génétiques, biologiques, environnementaux et de comportement. L'établissement d'une hiérarchie de ces facteurs est à l'heure actuelle un des problèmes les plus complexes en épidémiologie.

Les facteurs biologiques interviennent dans la plupart des grands problèmes de santé actuels, tels que les maladies cardio-vasculaires, les tumeurs, les insuffisances respiratoires, les altérations du tube digestif, les maladies rhumatismales et les problèmes de santé mentale les plus graves. Ils interviennent par contre plus rarement dans les accidents, bien que l'on ait pu constater une augmentation du risque relatif d'accidents en présence de certaines pathologies comme l'épilepsie, les troubles cardio-vasculaires, le diabète et la maladie mentale. Toutefois, l'impact direct ou indirect de ces différentes pathologies n'a été étudié que de façon exceptionnelle dans l'épidémiologie des accidents.

Dans le cas des **maladies cardio-vasculaires**, par exemple, on a enregistré depuis 20 ans deux progrès considérables chez l'enfant: ce sont la disparition presque totale des cardiopathies dues au rhumatisme articulaire aigu, grâce aux antibiotiques, et l'amélioration ou la guérison de beaucoup de malformations du coeur, grâce aux progrès de la chirurgie chez l'enfant et le nouveau-né, et sans doute dans l'avenir, chez le foetus. Chez l'adulte, le problème central est l'athérosclérose, en présence de laquelle l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'hypercholestérolémie, le diabète sucré, le manque d'exercice et la tension anxieuse ou émotive, sont généralement considérés comme des facteurs de risque. Les facteurs génétiques représenteraient environ 25% de l'ensemble de l'étiologie des maladies ischémiques du coeur[28].

On ignore encore les causes réelles de la plupart des **cancers**. On sait seulement qu'ils sont le résultat des effets cumulatifs ou synergiques de multiples facteurs, dont seulement quelques-uns sont bien identifiés. Ces facteurs peuvent intervenir à différents stades du processus pathologique. Ils n'agissent généralement qu'en présence d'un affaiblissement du niveau de défense immunitaire, ou de prédispositions génétiques. Celles-ci ne prédominent d'ailleurs que pour certains états précancéreux. Les traits héréditaires significatifs sont détectables pour la leucémie, les tumeurs du cerveau et les sarcomes en bas âge; les cancers primaires multiples appartiennent aussi à cette catégorie, toutefois ce type de cancer est moins fréquent que ceux déclenchés par des facteurs exogènes. L'apparition des principaux cancers serait en fait reliée en grande partie à des facteurs environnementaux et aux habitudes de vie, comme: le tabagisme, l'alcoolisme, les radiations ionisantes, les risques occupationnels, les médicaments, certaines interventions diagnostiques et thérapeutiques, le régime alimentaire, la pollution atmosphérique, les infections à virus, le comportement sexuel et les facteurs rattachés à la reproduction ou à son contrôle (anovulants).

Enfin, parmi les grandes pathologies actuellement importantes, l'approche épidémiologique des **problèmes de santé mentale** est une des plus ardues. Leur abord pose de nombreux problèmes méthodologiques, plus particulièrement dans le domaine du diagnostic et de la classification des affections. L'évolution de l'épidémiologie des maladies mentales se traduit également par une conception multifactorielle de leur étiologie, comportant une composante endogène (facteurs héréditaires, facteurs biologiques, et facteurs somatiques) et une composante exogène (facteurs environnementaux,

situations de stress). Les facteurs héréditaires auraient une importance particulièrement significative pour les problèmes les plus graves comme la psychose maniaco-dépressive ou peut-être même la schizophrénie.

2.2.1.2 L'homme et la femme dans leur développement et leur environnement

La recherche sur la biologie humaine ne peut cependant pas se limiter à une approche par spécialité. Si l'on veut être plus opérationnel, on doit la compléter par une approche plus globale qui considère la biologie de l'homme et de la femme, leurs problèmes de santé selon deux grands paramètres: leur développement et leur environnement. « Le développement va de la conception à l'âge adulte et, au sens élargi du terme, jusqu'à la période de vieillissement. Certes ce développement fait l'objet d'importantes recherches et vient de connaître de réels progrès concernant la formation des gamètes, la fécondation, la segmentation de l'oeuf, l'embryogénèse, la vie foetale et périnatale, la croissance postnatale, la formation pubérale et l'adolescence. Mais faute d'étendre le concept de développement de la conception à la mort, on en a négligé plusieurs aspects qui seront sans doute au premier plan des préoccupations des prochaines décennies »[31].

La recherche sur le vieillissement est encore insuffisante. On a surtout étudié les maladies survenant chez les vieillards et les soins à administrer à ceux-ci. On a encore peu étudié les mécanismes cellulaires et moléculaires du vieillissement. « La nutrition, la pharmacologie différentielle, la santé mentale du vieillard seront à préciser dans les années à venir »[31]. Par exemple, la recherche sur le processus de dégénérescence du cerveau (maladie d'Alzheimer) qui frappe environ 15% des personnes de plus de 75 ans, doit être fortement encouragée.

Il serait également souhaitable de s'intéresser aux « fluctuations de la biologie » de l'homme et de la femme adultes, celle-ci étant considérée à tort en état de stabilité[31]. « Leurs périodes de fragilité mentale et physique, variables d'un sujet à l'autre dans leurs cycles et leurs expressivités cliniques sont à peine décrites et mal comprises. Leur existence peut créer des situations pathogènes lorsqu'elles coïncident avec des difficultés familiales, professionnelles ou communautaires »[31]. Le fait masculin et le fait féminin sont à redéfinir à l'âge adulte avec leurs activités cycliques et leurs passages difficiles.

La biologie humaine devra également être précisée selon la situation occupationnelle de l'individu : écolier, travailleur, sportif ou retraité.

Enfin, les hommes et les femmes sont soumis à l'heure actuelle et sans doute pour le futur à des changements rapides ou progressifs du fait de leur mobilité extrême et de leur facilité à modifier leur environnement. Ainsi, tous les phénomènes de migrations saisonnières ou permanentes peuvent avoir des effets pervers et générer des pathologies nouvelles, de la marginalisation, et des ruptures culturelles et linguistiques dans les familles et les communautés. Dans ce contexte, l'adaptabilité différentielle des individus, selon leur âge, leur sexe, ou leur niveau culturel par exemple, est un problème de biologie de base et appliquée d'une extrême importance.

Les facteurs environnementaux

La santé est le résultat du processus d'adaptation entre l'individu, compte tenu de ses capacités physiologiques et psychologiques, et son environnement. C'est le stress qui permet cette adaptation, marquant ainsi l'interaction entre les déterminants biologiques et environnementaux de la santé. Sa présentation se justifie donc avant celle des facteurs purement environnementaux, dont l'influence sur la santé s'analyse souvent à travers des problèmes de stress.

2.2.2 *Le stress*

Comment définir le stress ?

Dans le langage de tous les jours, le concept de stress est utilisé le plus souvent sans définition explicite du contenu. Habituellement, le stress fait référence à des phénomènes tels que la tension psychologique, la colère, l'angoisse, la frustration, l'impuissance, etc. Malheureusement, les nombreux chercheurs qui s'activent dans ce champ sont loin de s'entendre sur une définition unique du stress. Cette absence de consensus se manifeste également au niveau des résultats et rend leur comparaison très difficile.

Le stress est essentiel à l'activité humaine

En fait, il y a souvent confusion entre le stress qui est une réponse de l'organisme aux facteurs d'agression (physiologiques et psychologiques) ainsi qu'aux émotions qui nécessitent une adaptation, et les problèmes de stress qui sont dus à un dérèglement de ce processus d'adaptation et de retour à un certain équilibre. Le stress

est essentiel à l'activité humaine. Notre concept positif de la santé en fait foi puisque celle-ci se définit comme le résultat du processus d'adaptation de l'individu à son environnement. Le stress est la réponse de l'organisme qui permet cette adaptation. Mais certains facteurs propres aux situations vécues (force ou durée des agressions et des émotions) ou à l'individu (capacités psychologiques ou physiologiques) peuvent nuire au processus d'adaptation et entraîner des problèmes de santé physique ou mentale.

Les problèmes de stress sont la manifestation d'un déséquilibre important entre l'individu et l'environnement

Le stress devient pathologique lorsqu'il y a un déséquilibre trop important entre l'individu et l'environnement: écarts prolongés ou intenses entre les besoins et les objectifs personnels, et les restrictions que l'individu connaît dans leur satisfaction ou leur réalisation; entre les sollicitations de l'environnement et les possibilités individuelles; entre les surcharges imposées par l'environnement et les prédispositions de l'organisme humain. Ces déséquilibres peuvent se manifester par des réactions psychologiques (anxiété, dépression); par des réactions somatiques résultant de réactions des systèmes nerveux autonome et endocrinien (ulcère, hypertension), ou par des modifications du comportement visant à réduire le stress (fuite dans l'alcool, agressivité)[32].

Mais ces manifestations du stress, comme d'ailleurs la perception des sources de stress sont modulées par la personnalité de l'individu. Le degré de tolérance vis-à-vis de ces différentes sources dépend notamment du sentiment de contrôle potentiel qu'a l'individu sur ces sources de stress et sur ses propres capacités d'adaptation[33].

Les réactions face au stress: combat, fuite, ou changement des habitudes de vie pour pouvoir le supporter

Le « coping » ou stratégies d'adaptation face au stress est un ensemble d'attitudes et d'activités destinées à réduire le stress quand celui-ci devient trop intense (stress aigu) ou se prolonge (stress chronique) ou à en amoindrir ses manifestations (comme l'anxiété, l'insomnie, la nervosité). Les actions directes cherchent à régler le problème qui est à l'origine du stress. Les actions de type palliatif cherchent à réduire les conséquences désagréables de cette situation, soit en la niant (fuite) et en détournant son attention du problème, soit en utilisant des moyens tels que l'alcool, les drogues et médicaments psychotropes, le tabac. L'effet obtenu dans ce cas

est parfois efficace, souvent momentané, mais la santé de l'individu peut s'en trouver sérieusement compromise[30].

Ainsi un stress trop intense ou prolongé peut-il affecter la santé de différentes manières :

— En générant une surcharge émotionnelle (un individu qui vit une situation de stress chronique peut être particulièrement vulnérable lorsque survient un épisode aigu).

— En générant des réactions psychosomatiques (certains auteurs font ressortir l'impact du stress chronique sur l'hypertension artérielle)[33].

— En générant ou en accentuant certaines habitudes de vie nuisibles à la santé[30 32].

— Enfin il existe tout un courant de recherches visant à préciser les conséquences des niveaux élevés de stress sur l'organisme. De tels niveaux pourraient conduire à des troubles fonctionnels, qui, chez un individu prédisposé, favoriseraient la maladie. Le stress serait un facteur précipitant, souvent insuffisant en soi pour provoquer une maladie, mais capable dans certaines conditions d'en accélérer le processus (cas par exemple de certains cancers, des maladies cardio-vasculaires, ou même de l'arthrite rhumatoïde)[34 35].

Le stress joue donc un rôle essentiel dans la dynamique de la santé. Il est la réponse de l'organisme aux sollicitations de l'environnement physique, social, économique ou de travail. Il sollicite les capacités d'adaptation de l'individu aux conditions dans lesquelles il est appelé à vivre. Mais certaines situations de stress aigu (agressions ou émotions trop intenses) ou chroniques (conditions difficiles qui se prolongent) peuvent avoir des manifestations pathologiques et jouer un rôle important dans la genèse des habitudes de vie.

Mais l'absence de stress est tout aussi dommageable

Le stress est le piment de la vie. L'absence de stress, soit de stimulations physiques, intellectuelles ou émotives, peut être une source aussi importante d'ennui, de frustrations et de problèmes de santé, qu'un stress trop intense. Pour beaucoup de personnes âgées par exemple, l'aspect le plus intolérable de leur retraite est l'inactivité, jointe au sentiment d'être inutile. De plus, l'absence de stimulations de toute nature risque d'accélérer le processus de vieillissement. Il existe en fait un niveau optimal de stress, qui varie

grandement selon les individus, et qui se situe entre une vie trop passive et la poursuite constante et forcenée de la perfection.

2.2.3 L'environnement social

2.2.3.1 L'évolution depuis le début des années 1960

Au Québec, l'environnement social s'est considérablement modifié depuis le début des années 1960. Par exemple, certaines valeurs ont perdu de l'importance comme la religion ou la famille traditionnelle. Le nombre des naissances a diminué de façon radicale et les familles de plus de deux enfants sont aujourd'hui l'exception. L'entrée massive des femmes sur le marché du travail a donné lieu à une certaine modification dans la répartition des tâches et à des conflits de rôle parfois douloureux. L'urbanisation s'est accompagnée d'un affaiblissement des solidarités naturelles auxquelles l'État est venu progressivement se substituer. On est également témoin de l'importance grandissante du rôle joué par toutes les techniques de l'information et de la communication. Tous ces changements supposent une adaptation rapide, qui n'a pas été toujours facile en l'absence de ressources adéquates chez l'individu et dans le milieu. Les changements technologiques que l'on peut prévoir pour les années à venir, mais dont les conséquences se font déjà sentir au niveau de l'éducation, des loisirs, des relations humaines, ou de l'organisation du travail, exigeront probablement des individus des efforts d'adaptation tout aussi importants.

On peut illustrer quelques-uns des grands axes autour desquels s'est effectuée cette révolution somme toute peu tranquille.

Une remise en question de la famille traditionnelle

Le mariage a beaucoup perdu de sa signification sociale. En 1971 un homme et une femme avaient environ 90% de chances de se marier avant 50 ans; en 1982, cette probabilité est descendue à 53% environ[36]. En outre, 43% des mariages finissent aujourd'hui par un divorce.

De plus en plus de personnes, près du quart de la population totale, vivent aujourd'hui en dehors d'un contexte familial et le tiers des familles sont en fait des couples sans enfants[37 38].

L'attitude vis-à-vis de la natalité s'est également modifiée. L'indice de fécondité s'est littéralement effondré en 20 ans, atteignant les niveaux les plus bas des nations européennes comme la Suède, l'Allemagne de l'Ouest, ou la France[39]. Les familles de un ou deux

enfants sont maintenant la règle (83,6% des familles avec enfants), celles qui en ont quatre ou plus deviennent rarissimes[40 41 42]. Le nombre des avortements thérapeutiques équivaut à 17% environ de toutes les naissances en 1982, contre 1,4% 10 ans plus tôt[43].

La famille change ainsi de visage. Elle n'est plus forcément liée au mariage: en 1981, 16,5% des enfants étaient nés hors du mariage[37]. De plus en plus d'enfants vivent dans des familles dont les parents sont séparés et font l'expérience de la coparentalité, de la famille élargie par le remariage officiel ou non, ou d'une famille qui n'a plus qu'un adulte. On comptait au Québec en 1981 plus de 200 000 familles monoparentales, soit environ 22% des familles avec enfants[37]. Depuis la fin des années 1960, le nombre de ces familles a presque doublé*. Il commence à y avoir de plus en plus de pères à la tête de ces familles.

C'est peut être justement parce que la structure familiale est si mobile que le développement des relations affectives de l'enfant avec d'autres milieux comme les voisins, les amis, le milieu scolaire prend toute son importance.

La population vieillit

Conséquence inévitable de la chute de la natalité, la population québécoise vieillit: la proportion de personnes âgées est passée de 5,8% en 1961 à 8,8% en 1981[44] et devrait représenter 13,4% de la population totale vers l'an 2000[45]. Ces chiffres n'ont rien d'inquiétant en soi: ils ont été atteints depuis longtemps et même dépassés en Angleterre, en Autriche, en Suède ou en Allemagne de l'Ouest. Ce qui est plus préoccupant, c'est que ce vieillissement de la population, s'est accompagné d'un certain désengagement des familles vis-à-vis de leurs parents âgés, qui les isole et les marginalise encore davantage. Il est vrai que les femmes travaillent de plus en plus à l'extérieur, alors que le soin des parents leur revenait traditionnellement. L'État s'est peu à peu substitué à ce soutien familial, en instituant des programmes de sécurité du revenu relativement généreux, et en permettant l'institutionnalisation des personnes âgées dont l'autonomie est sensiblement réduite. On ne peut pas dire que l'État ait voulu favoriser ce désengagement, mais il est certain qu'à l'heure actuelle, il n'existe pratiquement aucune autre solution que le placement définitif des parents âgés, pour les familles qui ne peu-

* Aux États-Unis, la croissance des familles monoparentales est 20 fois plus rapide que celle des familles biparentales, et l'on y prévoit qu'en 1990, les familles reconstituées et les familles monoparentales seront plus nombreuses que les familles biologiques biparentales.

vent s'en occuper à plein temps. Cependant, il se dessine aujourd'hui un revirement de l'opinion et des politiques gouvernementales visant à favoriser le maintien des personnes âgées dans leur milieu naturel de vie.

Les femmes mariées travaillent de plus en plus à l'extérieur

L'entrée massive des femmes, et notamment des femmes mariées, sur le marché du travail (en 1981, 73% des femmes de 25 à 44 ans sont actives)[46] est probablement liée à tous ces changements, sans qu'on puisse établir réellement un lien de cause à effet. Les séparations sont-elles facilitées par le fait que la femme travaille davantage ou l'indépendance financière est-elle devenue indispensable pour certaines femmes, du fait de la moindre stabilité des familles? Il existe également des liens évidents entre la fécondité et le travail féminin.

Mais tous ces changements ont eu lieu au sein d'une société qui reste organisée et centrée sur la famille biparentale, biologique, avec deux enfants, dont la mère ne travaille pas à l'extérieur, alors que ce type de famille représente au plus 15% des situations familiales[37 44].

C'est dans ce contexte que les femmes ont dû affronter certains conflits de rôle et se trouvent souvent coincées entre les exigences de leur profession et celles de la maternité. Ces conflits se sont plus récemment révélés aux pères qui acceptent davantage une certaine répartition des tâches, ou qui assument en cas de séparation la coparentalité ou la monoparentalité. Ces conflits sont angoissants, voire culpabilisants. Ils sont l'illustration des adaptations douloureuses exigées dans une société où les rôles et les rapports humains ne sont plus fixés une fois pour toutes[47 48].

Mais certaines femmes restent très isolées et démunies

C'est malgré tout pour les femmes que les conséquences de ces bouleversements sont encore les plus dures. Celles qui n'ont pas d'activité professionnelle se sentent marginalisées dans une société qui valorise tellement le travail rémunéré. Celles qui sont sur le marché du travail se retrouvent souvent dans des emplois peu lucratifs et dévalorisés. En cas de séparation ou de divorce, les femmes se remarient deux fois moins souvent que les hommes et se retrouvent souvent seules à élever leurs enfants, et sans ressources: environ 60% des familles monoparentales ayant au moins un enfant de moins de 18 ans sont à l'aide sociale. Cette proportion atteint près de 80% pour celles qui sont le résultat d'une séparation ou d'un divorce, et dont la mère a moins de 30 ans[49].

De nouvelles formes de solidarité surgissent

Face à cette évolution, l'instinct vital de la société se manifeste au Québec comme ailleurs, par l'apparition de nouvelles formes de solidarité plus souvent fondées sur la communauté d'intérêts, d'expériences, de difficultés, et moins sur un lien familial traditionnel. Le support que peuvent offrir ces groupes d'entraide est peut-être la façon la plus efficace de permettre à chacun de rompre son isolement et de gagner assez de confiance en soi pour résoudre ses problèmes au lieu de les subir.

2.2.3.2 Comment l'environnement social peut-il agir sur la santé ?

L'influence de l'environnement social sur la santé physique ou mentale d'un individu peut emprunter quatre voies différentes :

— L'environnement social peut être à l'origine de situations de stress chronique ou aigu.
— Il peut faciliter, ou limiter, les réponses de l'individu aux situations de stress.
— Il peut influencer les attitudes vis-à-vis de la santé.
— Il peut agir sur la santé par le biais de l'intolérance qu'il manifeste parfois à l'égard de certaines situations ou comportements.

L'environnement social peut être à l'origine de situations de stress chronique ou aigu

Les agents stresseurs qui se situent dans l'environnement social peuvent être perçus différemment selon les individus. Un conflit familial, des difficultés matérielles momentanées, un changement d'école, d'emploi ou de quartier représenteront pour certains une source de stress très importante, alors que d'autres se sentiront capables de s'adapter facilement ou de trouver une solution positive à ces situations, voire d'y prendre un certain plaisir.

Certains événements non désirables de la vie constituent malgré tout un choc trop important pour que l'individu puisse s'adapter sans un effort considérable de son organisme et notamment de son système nerveux. Tels sont les deuils, les ruptures, la perte d'un emploi, la naissance d'un enfant handicapé, ou l'apparition de sérieux problèmes de santé. Les situations de stress que ces événements déclenchent se manifesteront chez l'individu par de l'insomnie, de l'anxiété, des réactions somatiques, ou des comportements de compensation. Elles pourraient également accélérer un processus pathologique.

Les données disponibles sur le niveau de stress des Québécois montrent que celui-ci augmente de façon sensible, surtout chez les femmes, lorsque la personne a vécu récemment un ou plusieurs de ces événements. Par contre ce niveau diminue lorsque l'individu est marié ou est intégré au marché du travail[50].

Certaines situations permanentes peuvent en effet être particulièrement délétères: l'isolement par exemple, ou l'absence de support social. Le support social est généralement défini comme le résultat de l'intégration de l'individu à différents réseaux qui lui fournissent un support cognitif, normatif, affectif et matériel. Parce que ces différents types de support satisfont des besoins fondamentaux chez l'homme, leur absence peut constituer une source importante de stress[51].

La qualité d'un réseau de support social est d'ailleurs plus importante que sa densité. Il peut même dans certains cas avoir un effet pervers[52]. Plusieurs études arrivent à la conclusion que le support social peut avoir un rôle immunitaire contre la maladie[53,54], et que la qualité de ce support dans des communautés de personnes âgées permet d'y prédire le niveau de la mortalité[55].

L'affaiblissement du support naturel que constituait la famille traditionnelle a pu placer certains individus, comme les enfants, les adolescents, les personnes âgées, dans des situations de stress d'autant plus graves, que leur milieu ne leur offrait aucune solution de remplacement.

L'environnement social peut faciliter ou limiter les réponses des individus aux situations de stress

Le rôle immunitaire du support social se manifeste également à d'autres niveaux.

Il peut contribuer à modifier la perception des événements chez un individu et à en relativiser l'importance: un événement sera une source de stress d'autant plus importante que l'individu est seul pour l'interpréter et y faire face.

Les différentes ressources que l'on puise dans son entourage (affectives, cognitives, normatives ou matérielles) influencent également la force et la nature des réactions au stress. Beaucoup de travaux dans le domaine de la psychiatrie communautaire font allusion à l'efficacité des groupes d'entraide pour les veuves[56,57]. Leur effet de protection se traduit en partie par l'atténuation des conséquences que le choc du deuil peut avoir sur l'équilibre physi-

que et mental d'un individu. Mais ces groupes procurent surtout à des personnes qui seraient autrement très isolées, un sentiment d'estime personnelle, de capacité à résoudre leurs difficultés quotidiennes et notamment matérielles, qui diminue par la suite leur vulnérabilité. C'est en réduisant ainsi leur sentiment d'impuissance que le support social peut les inciter à l'adoption d'habitudes de vie favorables à la santé.

L'environnement social influence les attitudes vis-à-vis de la santé

Les attitudes vis-à-vis de la santé changent considérablement d'une société à l'autre, selon la représentation que chacune se fait du normal et du pathologique. Mais même à l'intérieur d'une société, il peut exister des variations importantes de ces attitudes. Ceux qui ont cherché à expliquer et à modéliser les comportements préventifs, insistent sur les différences individuelles quant à leurs perceptions de la vulnérabilité à certaines maladies, de la gravité de ces maladies, des avantages qu'ils tireraient d'une action, et des obstacles à cette action[58].

Et toutes ces perceptions qui dépendent beaucoup de l'information sont réparties de façon inégale dans la population.

Les groupes à faible revenu ont une attitude et un comportement vis-à-vis de la santé qui sont assez différents de ceux des classes plus aisées. Par exemple la relation avec le corps est davantage empreinte de fatalisme. Ces groupes attribuent souvent une plus grande priorité aux récompenses immédiates qu'à la réalisation d'objectifs de long terme. Ils éprouvent fréquemment un sentiment d'impuissance et d'incapacité face à un environnement souvent hostile[59].

Au Québec, l'élimination des obstacles financiers par l'assurance-maladie a entraîné une redistribution de l'utilisation des services médicaux, vers les individus membres des familles à bas revenu. Ces derniers reçoivent maintenant plus de services que les membres des familles à revenu élevé, mais ces services sont souvent plus lourds. Les individus à faible revenu utilisent davantage les services de consultations externes et les salles d'urgence des hôpitaux; ils consultent pour des problèmes plus graves, et plus rarement à titre préventif[60].

Les femmes ont d'autant plus fréquemment recours à des examens de détection des cancers du sein et du col de l'utérus que leur

niveau d'instruction est élevé et les femmes anglophones, davantage que les femmes francophones de mêmes caractéristiques (comme l'âge ou la scolarité)[60].

Enfin l'environnement agit sur la santé par le biais de l'intolérance qu'il peut manifester à l'égard de certaines situations ou comportements

— L'intolérance que manifeste généralement une société envers tout ce qu'elle considère comme anormal, repose aujourd'hui sur le discours scientifique pour établir des normes de comportement. Et c'est au nom de ces nouvelles normes, dont la validité scientifique est souvent contestable, que la société blâme et culpabilise ceux qui ne les respectent pas[61,62]. Par exemple, les théories du développement de l'enfant ont très souvent tendance à rendre les parents, et surtout la mère, trop systématiquement coupables de tous les troubles affectifs que présente leur enfant[63].

— La société peut également faire preuve à l'égard de l'individu anormal d'une telle intolérance, qu'elle aggravera les conséquences de son état, attitude trop fréquente de la société vis-à-vis des personnes souffrant de troubles mentaux.

— Enfin, la société déprécie certains groupes qui ne possèdent pas ou plus ce qui est considéré aujourd'hui la valeur essentielle d'un individu : un travail rémunéré. Les femmes au foyer, les personnes âgées, les chômeurs, les assistés sociaux présentent des problèmes de santé qui proviennent du moins en partie de cette mise à l'écart.

2.2.4 L'environnement économique

2.2.4.1 L'évolution de la conjoncture et la récession de 1981

Le point tournant de la conjoncture économique récente a eu lieu au cours de la période de 1972 à 1974. Si l'on compare les années 1966-1973 aux années 1973-1982, on se rend compte que l'économie québécoise, comme celle de l'Amérique du Nord, s'est sensiblement détériorée. Les taux moyens d'inflation et de chômage se sont accrus sensiblement, le rythme d'enrichissement collectif a considérablement ralenti et l'économie du pays est devenue assez instable[64].

Les politiques économiques résolument anti-inflationnistes ont provoqué au cours des années 1980 et 1981 une hausse sans

précédent des taux d'intérêt. L'économie nord-américaine s'est trouvée plongée dans une récession importante. Les conséquences en termes de chômage ont été particulièrement fortes pour l'économie québécoise : de 1980 à 1982, le Québec a perdu 165 000 emplois, soit 6% du total des emplois existants[64]. La reprise amorcée depuis 1983 sera-t-elle suffisante pour permettre à l'emploi et à l'enrichissement collectif de retrouver le rythme de croissance de naguère ? L'évolution technologique que connaît aujourd'hui l'économie mondiale, de par les ajustements inévitables, longs et souvent douloureux des emplois qu'elle requiert, semble être un obstacle supplémentaire à la réalisation immédiate, ou même proche, de l'idéal de plein-emploi.

Le chômage atteint inégalement les groupes de population

Le taux de chômage était de 4,1% en 1966. Il est progressivement passé à 8,7% en 1976, pour atteindre 13,8% en 1982 et 14,1% en 1983[64,65]. Il est probablement sous-estimé car il ne tient pas compte de tous les travailleurs découragés par l'ampleur de la crise et qui ne cherchent même plus d'emploi. Cette hausse est due en grande partie à l'évolution de la conjoncture, mais elle reflète également les conséquences de phénomènes structurels d'origine démographique ou sociale comme par exemple : l'arrivée massive des enfants du baby-boom d'après guerre sur le marché du travail, et l'élévation des taux d'activité féminins.

Le chômage touche d'ailleurs très inégalement les différents groupes de la population active : en novembre 1983, le portrait du chômage se présentait de la façon suivante : sur un total de 383 000 chômeurs, il y avait 225 000 hommes et 158 000 femmes. Pour leur part, les jeunes de 15 à 24 ans représentaient 37% de tous ces chômeurs[65]. C'est dire à quel point le chômage frappe durement ce groupe social. D'ailleurs en 1983, le taux de chômage des jeunes atteignait le niveau catastrophique de 22,9% contre 11,4% pour les plus de 25 ans. Ce taux diminue considérablement avec le niveau de scolarité, passant de 3[illegible]% pour les jeunes de 15 à 24 ans ayant au maximum huit année[illegible] de scolarité, à 13,6% pour ceux qui ont un diplôme universitai[illegible] (les pourcentages sont respectivement de 13,6% et de 5,8% pour les 25 ans et plus).

Certaines régions ont été également plus touchées que d'autres par la crise. Plusieurs de ces régions avaient d'ailleurs fait preuve d'un dynamisme nouveau et peu commun au cours des années qui ont précédé cette crise, grâce à l'émergence d'un entrepreneurship

local appuyé par les programmes gouvernementaux d'aide à l'entreprise. À cet effet, on cite souvent en exemple la Beauce, l'Abitibi et le Bas-Saint-Laurent - Gaspésie, ainsi que Montréal: ces régions ont vu leur situation s'améliorer grandement du point de vu du chômage entre 1978 et 1980, et surtout le Bas-Saint-Laurent - Gaspésie dont le taux de chômage donnait des signes de rapprochement de la moyenne québécoise pour la première fois depuis la Première Guerre mondiale[64]. Malheureusement, la récession a fait perdre à plusieurs régions tout le terrain durement gagné à la fin des années 1970; dans le Bas-Saint-Laurent - Gaspésie, le taux de chômage est passé de 12,9% à 21,0% de 1979 à 1983. Et à la fin de l'année 1983, les taux de chômage moyens étaient de 12,8% pour l'ensemble du Québec, de 15,3% et 16,3% respectivement en Abitibi-Témiscamingue et sur la Côte Nord, durement affectée par la fermeture de Shefferville[65].

Instabilité conjoncturelle et santé: les coûts sociaux du chômage

En 1976, une étude réalisée pour le compte du Congrès américain présentait une évaluation originale des coûts sociaux du chômage, et aboutissait aux conclusions suivantes. L'augmentation de 1,4% du chômage en 1970, qui s'est maintenue sur une période de cinq ans, s'est accompagnée aux États-Unis, au bout de ces cinq années, de l'augmentation d'un certain nombre de pathologies: 5,7% pour le taux de suicide, 4,7% pour le taux d'admission dans les hôpitaux, 5,6% pour les taux d'admission dans les prisons, 8,0% pour le taux d'homicide, 2,7% pour le taux de mortalité par cirrhose du foie, 2,7% pour le taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires et rénales, 2,7% pour le taux général de mortalité[66].

Ces résultats ont été en partie contestés quelques années plus tard au pays, par une étude de Statistique Canada, qui ne trouvait de relation positive avec le taux de chômage que pour les maladies du coeur et les premières admissions en établissements psychiatriques pour troubles psychotiques[67], mais pas pour le suicide. Des différences méthodologiques peuvent être en partie à l'origine de cette controverse. Il est également très possible que les résultats américains ne puissent s'appliquer directement au contexte canadien, ne serait-ce qu'en raison d'une protection sociale supérieure dans ce dernier cas.

Certains travaux révèlent toutefois que les travailleurs appartenant à une communauté rurale bénéficient souvent d'un soutien plus

actif de leur milieu que les travailleurs urbains. Ils supportent mieux, de ce fait, l'avènement d'une mise à pied. On retrouve ainsi en milieu rural, à la fois un taux de chômage élevé et un taux de suicide faible[68]. Par contre, on a constaté récemment au Québec, une coïncidence étonnante, entre le taux de chômage et le taux de suicide surtout dans les villes. Dans plusieurs régions, les pics et les creux des vagues de chômage et de suicide se suivent fidèlement, souvent au cours de la même année[69].

Par quels mécanismes le chômage agit-il sur la santé?

Si l'on s'accorde à reconnaître que le chômage peut être à l'origine de coûts sociaux considérables[70], l'évaluation de ces coûts demeure malaisée. De plus, les études qui mettent en relation les taux de chômage et un certain nombre de pathologies aboutissent à des conclusions partielles et parfois contradictoires. Certains ont également essayé de comprendre les mécanismes par lequel le chômage agit sur la santé[69 70 71]. Ils suggèrent que le chômage prolongé s'accompagne d'un sentiment de marginalisation, de perte d'estime de soi et d'insécurité financière. Ces sentiments peuvent être à l'origine de situations de stress et de dépression. Et les conséquences peuvent être néfastes non seulement pour l'individu lui-même, mais aussi pour l'ensemble de ses dépendants.

2.2.4.2 Comment a évolué la pauvreté au Québec?

L'incidence de la pauvreté* a diminué dans les familles

D'après Statistique Canada, l'incidence de la pauvreté dans les familles québécoises est passée de 18,0% en 1969 à 11,4% en 1979, marquant ainsi un recul de 37%. Pendant la même période, le revenu familial moyen passait de 9 260 $ à 25 400 $, soit une augmentation de 25,5% en termes réels. Cette augmentation s'explique en grande partie par l'importance accrue des familles à double revenu. Le taux moyen de 1979 reste légèrement supérieur à la moyenne canadienne qui est de 10,4% en 1979; il est de 13,3% dans les provinces de l'Atlantique et de 8,6% en Colombie-Britannique. Cette incidence varie considérablement selon les caractéristiques de la famille: ainsi 26% des familles dont le chef est inactif sont pauvres, comparé à 6,6% seulement si le chef est actif

* Il s'agit d'une notion de pauvreté relative. La limite du seuil de pauvreté établie par Statistique Canada correspond au niveau de revenu auquel les ménages consacrent plus de 62% de leur revenu aux besoins essentiels d'alimentation, d'habillement et de logement; ces seuils varient en fonction de la taille de la famille, et du milieu urbain ou rural dans lequel elle habite. En 1982, le seuil de pauvreté était ainsi de 16 063 $ pour une famille de quatre personnes vivant en milieu urbain.

(moyenne canadienne). Il semble en outre y avoir un lien direct entre la pauvreté et le sexe féminin puisque l'incidence est de 36% dans les familles dont le chef est une femme (essentiellement des familles monoparentales), au lieu de 7,6% lorsque le chef est un homme[72].

mais s'est accrue chez les personnes seules

Le taux d'incidence de la pauvreté a au contraire augmenté au Québec chez les personnes seules puisqu'il est passé de 36,0% à 39,3% entre 1969 et 1979. Au cours de cette même période il diminuait très légèrement dans l'ensemble du Canada (35,7% à 32,3%) alors qu'il restait stable en Ontario (environ 30%). Les caractéristiques de cette population de personnes seules et pauvres sont facilement identifiables: près des 3/4 sont inactives, près de la moitié sont des personnes âgées, et plus des 2/3 sont des femmes.

Selon une étude récente du Conseil national du Bien-être social, plus de 57,7% des personnes âgées seules, des femmes, dans la plupart des cas, avaient des revenus inférieurs au seuil des faibles revenus, comparativement à 11,7% seulement des familles dirigées par une personne âgée[73].

Au niveau de l'ensemble de la population, la baisse de l'incidence de la pauvreté a donc été moins sensible que ne le laissait supposer l'amélioration de la situation des familles.

Les programmes de sécurité du revenu ont contribué à diminuer l'incidence de la pauvreté

Le montant des transferts liés à la sécurité du revenu s'est accru de façon considérable depuis les deux dernières décennies: d'environ 575 000 000 $ en 1961, ce montant est passé à 7 758 000 000 ($ courants) en 1981, ce qui correspond à un taux d'accroissement annuel de 14% environ. Au cours de la même période, le PNB ne s'est accru que de 10% en moyenne par an: ainsi les transferts de sécurité du revenu représentent-ils aujourd'hui 10,1% du PNB, au lieu de 5,4% en 1961[49].

Cet accroissement considérable de l'aide publique a sûrement contribué à diminuer l'incidence de la pauvreté. Aujourd'hui cependant, la situation financière des ménages pauvres dépend de plus en plus de ces transferts: en 1971, ils représentaient 35% environ des revenus totaux pour les ménages du quintile inférieur. Mais en 1981, ils comptaient pour 57% de tous leurs revenus. Cette évolution s'explique en partie par le vieillissement de la population et le développement de certains programmes de transfert. Elle témoigne

néanmoins d'une certaine contradiction entre les objectifs d'élimination de la pauvreté et d'amélioration de l'autonomie. Cette contradiction peut s'expliquer par l'importance disproportionnée des programmes de soutien du revenu, par rapport aux programmes qui accroissent les revenus de travail[74].

mais ils n'ont pas réussi à diminuer les inégalités

Par contre, la pauvreté relative comprise comme la part du revenu total que détiennent les plus pauvres, semble être restée remarquablement inchangée depuis l'après-guerre. Il est étonnant que la croissance des transferts et la progression des impôts directs n'aient pas agi davantage sur l'inégalité de la répartition des revenus.

Il semble que les programmes de sécurité du revenu n'aient réussi en fait qu'à empêcher l'aggravation des inégalités dans la répartition des revenus.

Cette tendance à l'aggravation est la conséquence de deux phénomènes socio-économiques: en premier lieu, l'évolution des modes de vie et des structures familiales. De plus en plus de jeunes ou de personnes âgées se maintiennent comme ménage indépendant, lorsque celui-ci existe déjà, ou créent leur propre ménage quand ils vivent dans un ménage plus large. De plus, la croissance des divorces et des séparations entraîne la création d'un nombre toujours plus important de familles monoparentales[74].

En deuxième lieu, la hausse des taux d'activité féminine entraîne également une hausse de l'inégalité mesurée, dans la mesure où elle accroît les écarts de revenu entre les ménages à deux salaires, et ceux qui n'en comptent qu'un ou pas du tout.

La pauvreté et ses conséquences sur la santé:

Pauvreté permanente et perte d'autonomie

Il n'est pas toujours apparent, dans les chiffres que l'on donne sur la pauvreté que celle-ci n'est pas forcément une situation définitive. Il peut y avoir un taux de roulement important, dont l'ampleur dépend de la situation conjoncturelle. Par exemple, dans le cas d'un chômage prolongé, les ménages ayant épuisé les prestations d'assurance-chômage vont se retrouver à l'aide sociale, mais vont en ressortir dès qu'ils auront retrouvé un emploi. Les données dont on dispose sur le comportement de la clientèle à l'aide sociale montrent qu'effectivement le taux de roulement des familles biparentales

(considérées comme aptes au travail) est très élevé[75]. D'ailleurs, le volume de cette clientèle est resté pratiquement stable depuis dix ans: il est plus facile de sortir de la pauvreté lorsque l'on est deux à pouvoir travailler. Tel n'est pas le cas des familles monoparentales: leur taux de roulement à l'aide sociale est beaucoup plus faible et d'ailleurs la durée de leur séjour augmente à chaque présence, comme si elles se rendaient compte de l'inutilité de leurs efforts. Celles qui ont trois enfants sont pratiquement toutes des pauvres permanentes à l'aide sociale.

Tel n'est pas non plus le cas des personnes seules: les jeunes dont le niveau d'éducation est très faible et pour lesquels le taux de chômage avoisine 40%, et les personnes plus âgées. On a fixé un âge critique d'entrée à l'aide sociale, soit un âge à partir duquel la probabilité d'y demeurer de façon permanente est très élevée. Pour les femmes seules, cet âge critique est de 40 ans; pour les hommes seuls, 58 ans, soit un âge très proche de celui de la retraite[75].

Tel n'est pas non plus le cas des personnes qui sont à l'aide sociale parce qu'un problème de santé les rend inaptes au travail.

Toutes ces personnes vivent à la fois une situation de pauvreté quasi-permanente et de dépendance, puisque les transferts constituent la plus grande partie de leurs revenus. D'ailleurs le programme d'aide sociale est si peu incitatif au travail, que les personnes qui seraient aptes à retourner dans la vie active perdent peu à peu leur expérience, quand elles en ont une, et leur confiance en elles. Elles ont gagné un soutien financier, mais elles ont perdu leur autonomie.

Le cercle vicieux de la pauvreté

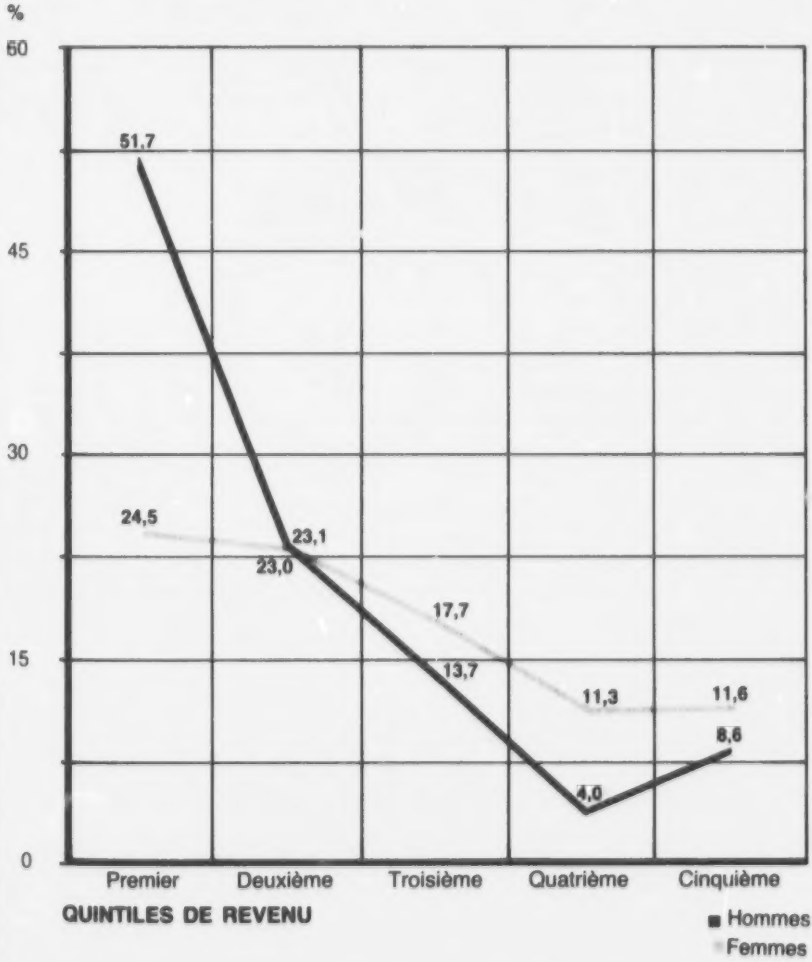
Cette situation de pauvreté permanente compromet d'abord les conditions de vie des personnes qui la subissent, comme le logement ou la nourriture.

Elle crée également une situation de stress d'autant plus forte, qu'elle est associée à un sentiment d'impuissance et d'incapacité à sortir de cette situation. Les effets sur la santé en ont déjà été signalés: réactions psychosomatiques, insomnies, dépression et développement d'habitudes de vie nuisibles pour la santé, tabagisme, abus d'alcool et de médicaments.

Il existe d'ailleurs une interaction constante entre la santé et la pauvreté: ceux qui ont de faibles revenus ont une santé souvent moins bonne que ceux qui disposent de revenus plus élevés et de conditions de vie plus favorables. Ceux qui ont de graves problèmes de santé peuvent connaître une détérioration importante de leurs

Graphique 10

[illegible] d'activité des personnes âgées de 45 à 64 ans, Québec, 1990



1. Il s'agit de restriction permanente de l'activité principale ou d'incapacité d'exercer celle-ci.

Source : S. Dillard, *Une analyse multivariée de l'influence de l'environnement social sur la santé*, Conseil des affaires sociales et de la famille (à paraître).

niveaux de vie, surtout s'ils n'ont pas d'autre choix que le chômage chronique, ou la situation d'inaptes au travail à l'aide sociale.

Ainsi au Québec en 1980, la probabilité de souffrir d'une restriction de ses activités était 5 fois supérieure, pour un homme appartenant au groupe des revenus les plus faibles, à celle d'un homme **du même âge** mais appartenant au groupe des revenus les plus élevés[50] (Graphique 10).

On qualifie souvent cette interaction de cercle vicieux de la pauvreté. De plus, les conditions de travail semblent en être un élément essentiel à cause du lien qui existe entre la situation socio-économique et l'accès à des emplois plus ou moins risqués.

2.2.5 *L'environnement de travail*

2.2.5.1 Le travail a une influence positive sur la santé

Dans notre société, le travail est nécessaire à l'être humain pour assurer sa subsistance. L'activité de travail constitue une nécessité biologique, parce que les principales fonctions de l'homme dégénèrent ou s'atrophient si elles ne sont pas utilisées. Le travail rémunéré constitue une nécessité psychosociale, puisqu'il donne à l'individu son identité et sa place dans notre société. Certains groupes de population comme les personnes âgées, les femmes au foyer, les chômeurs, les assistés sociaux, connaissent des problèmes de santé qui proviennent, en partie, d'un sentiment de dévalorisation et de mise à l'écart[76,77].

Certains chercheurs se sont récemment intéressés aux conséquences pour la santé des femmes de leur participation accrue au marché du travail. Les résultats obtenus suggèrent que l'entrée sur le marché du travail peut contribuer à améliorer de façon significative la santé des femmes en âge de travailler. Par contre, le cumul des travaux domestiques, des soins des enfants et de l'activité extérieure semble être associé à une détérioration de leur état de santé[75]. Ainsi que certaines conditions dans lesquelles s'exerce ce travail.

Mais certains milieux de travail sont une source de risques importants

En 1978, le Livre blanc sur la santé et la sécurité au travail, au Québec[78], rapportait les faits suivants: plus de 265 000 accidents s'étaient produits en 1977, dont près de 60% avaient obligé les

travailleurs à s'absenter* de leur travail pour une période excédant la journée. Au cours de la même année, la CAT (Commission des accidents du travail) avait reçu 6 600 demandes d'indemnisation pour maladies professionnelles. Le nombre de ces accidents et maladies professionnelles se sont accrus de façon constante jusqu'à l'année 1981, pour laquelle la CSST (Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec) faisait état de 354 606 demandes de prestations à la suite de lésions professionnelles. Mais les demandes ont diminué de 12% en 1982. Ce phénomène a probablement plusieurs explications comme : la baisse marquée du niveau de l'activité économique, la crainte de perdre son emploi dans une conjoncture économique défavorable et les effets de la mise en place de la nouvelle Loi sur la santé et la sécurité au travail[80].

Les secteurs de l'activité économique qui ont le taux d'accidents et de maladies le plus élevé sont, par ordre d'importance : la forêt, la fabrication des produits métalliques, l'industrie du bois, les bâtiments et travaux publics, la fabrication d'équipement de transport. Dans ces secteurs, le taux d'incidence des accidents et maladies professionnelles est supérieur à 20%** : en 1982 il atteint même 30%** dans le secteur forestier, alors que le taux moyen pour l'ensemble des secteurs est d'environ 15%** (9% dans les services socio-culturels, commerciaux et personnels). Le secteur des mines et carrières occupe le premier rang pour la fréquence des maladies professionnelles : en 1977, 1 travailleur sur 23 avait fait parvenir à la Commission des accidents du travail, une demande d'indemnisation pour maladie professionnelle[79 80].

Ces maladies et accidents ont des conséquences particulièrement graves, pour les travailleurs des forêts, des mines, des carrières et de la construction : les taux de décès et d'incapacité permanente y sont plus élevés que partout ailleurs. Dans le secteur de la forêt, on compte chaque année environ 1 décès et 40 cas d'incapacité permanente pour 1 000 travailleurs.

Les résultats de l'enquête Santé Canada pour les hommes du Québec, sont à ce sujet particulièrement frappants : en 1979, près de 40% des agriculteurs, pêcheurs et bûcherons, ayant de 45 à 64 ans, étaient incapables d'exercer leur activité principale, alors que la moyenne pour ce groupe d'âge est de 7% environ[50].

---

* Absence au sens de la CSST. Le nombre de journées d'absence, ou d'interruption de travail correspond au nombre de journées indemnisées.

** Ces pourcentages correspondent au nombre de demandes de prestations à la suite de lésions professionnelles, rapporté au nombre de travailleurs couverts par le régime dans le secteur d'activité correspondant.

Ainsi les risques à la santé en milieu de travail sont-ils très inégalement répartis selon les secteurs d'activité. À l'intérieur d'un même secteur, ces risques peuvent être concentrés dans certaines opérations ou processus productifs Il commence d'ailleurs à se dessiner sur le plan mondial, un problème réel de transfert de risque : sous la pression conjuguée de la concurrence étrangère plus sévère et d'une législation sur la sécurité au travail plus rigoureuse, certaines entreprises sont parfois incitées à sous-traiter ces opérations les plus risquées, afin de ne plus avoir à assumer les coûts de protection contre ces risques[81].

Mais toutes ces données ne représentent que la pointe de l'iceberg. Les accidents de travail dont il est question comprennent exclusivement les demandes de travailleurs dont l'employeur est tenu de contribuer au fonds d'accidents. Selon la CSST ce chiffre est sous-estimé de moitié, surtout en ce qui concerne les accidents plus légers. Les maladies professionnelles compensables sont celles pour lesquelles la relation de cause à effet entre l'exposition en milieu de travail et la pathologie a été clairement établie (comme la silicose ou l'amiantose, ou certains cancers). Or, un grand nombre de maladies professionnelles sont extrêmement malaisées à identifier, en raison de leur longue période de latence et de l'extrême difficulté d'établir un lien précis entre la maladie et un risque en milieu de travail.

En effet, la plupart des maladies dont souffrent les travailleurs sont d'origine multifactorielle : elles peuvent être en partie reliées au travail, mais également aux conditions et aux modes de vie des travailleurs. Le problème fondamental réside dans la possibilité d'attribuer la maladie au milieu de travail. Or c'est justement sur ce principe qu'est basé le mécanisme de compensation. Il existe donc une certaine forme d'inégalité entre le travailleur, dont l'origine professionnelle de la maladie a pu être clairement établie, et qui peut être indemnisé, et celui dont la maladie reste d'origine imprécise, et qui n'aura droit à aucune compensation. Un effort considérable de recherche reste encore à faire dans ce domaine.

Enfin, les atteintes à la santé des travailleurs ne prennent pas toujours la forme d'une pathologie précise. Elles peuvent se traduire par différents problèmes comme l'usure précoce, la fatigue, le stress, etc. Elles résultent le plus souvent de l'effet conjugué de l'environnement, des postures ou de l'organisation du travail et des conditions de vie[82 83].

Elles peuvent augmenter les chances d'incapacité du travailleur avec l'âge. L'indicateur d'espérance de vie en bonne santé selon l'occupation pourrait être un premier indicateur de ces atteintes différenciées des conditions de travail et de vie à la santé des travailleurs.

2.2.5.2 Quels sont les principaux agents agresseurs en milieu de travail ?

Les effets des conditions de travail sur la santé et la sécurité ont été étudiés principalement et notamment dans le Livre blanc, au regard des risques physiques, chimiques, mécaniques, biologiques[79].

Les agents physiques touchent de façon générale aux conditions ambiantes du milieu. Certains d'entre eux sont peu fréquents mais particulièrement dangereux : air comprimé, vibrations, radiations ionisantes ou non. Au contraire, des mauvaises conditions de température, d'éclairage, de bruit sont très fréquentes dans l'industrie et nuisent autant à la sécurité qu'à la santé des travailleurs.

Les agents chimiques sont les produits agresseurs les plus fréquemment utilisés et les plus anciennement connus. On peut les associer à pratiquement tous les types de maladies professionnelles, des dermatoses bénignes aux cancers mortels[79]. On distingue par exemple les poussières organiques et minérales qui peuvent favoriser l'apparition de troubles allergiques, gêne respiratoire. La silicose et l'amiantose en sont également une conséquence. Les poussières métalliques, fumées, gaz et solvants ; les poisons (insecticides, fongicides, etc.) sont également une source de risques quasi infinie.

Les agents mécaniques sont essentiellement des risques pour la sécurité du travailleur, comme par exemple : l'énergie mécanique (entraînant fractures, amputations, etc.) ; l'énergie thermique (brûlures) ; l'énergie électrique (chocs, électrocutions) ; l'énergie chimique (intoxications aiguës, brûlures).

Les agents biologiques : les maladies provoquées par les agents biologiques sont pour la plupart des maladies contagieuses causées par des bactéries, des virus, des champignons ou des protozoaires. Certaines sont communes à l'homme et aux animaux et transmises par ces derniers (brucellose, dermatophyties) ; d'autres sont contractées directement par l'homme (tétanos, hépatite virale).

Les agents psychosociaux : le Livre blanc parle également des facteurs psychosociaux, mais n'en présente aucune classification,

ne mentionne que quelques risques et ne fait qu'esquisser certains effets suspectés.

Or, l'organisation même du travail et l'environnement humain des travailleurs suscitent de plus en plus d'interrogations comme sources possibles de problèmes de santé et de sécurité au travail[34]. Les conditions se rapportant au contexte général du travail : rémunération au rendement, horaires alternants, mauvais climat de travail, etc. comptent parmi les exemples les plus souvent rapportés. On les soupçonne de favoriser certains accidents de travail et certains problèmes de santé tels le vieillissement précoce, l'épuisement, la fatigue, les affections cardio-vasculaires, l'anxiété, la fuite dans l'alcool, etc. Ces problèmes sont soulignés non seulement chez les travailleurs des industries primaire et secondaire, mais également chez ceux et celles qui sont affectés au travail de bureau dans le secteur tertiaire.

Contexte organisationnel et stress au travail

Les risques de nature organisationnelle sont souvent à l'origine de situations de stress au travail. Plusieurs auteurs ont déjà mis en lumière l'augmentation du risque de morbidité et de mortalité par maladies coronariennes, associée à la charge de travail et au manque d'autonomie dans le travail[35]. Une étude récente au Québec portant sur le stress en milieu hospitalier, distingue deux formes de stress[33] : le stress intrinsèque, qui est lié au contenu de la tâche, traduit les perceptions de l'individu quant à la surcharge quantitative de sa tâche (par suite de la nécessité d'une exécution rapide), aux risques de contamination, à son niveau de responsabilité et à son degré de participation aux décisions. C'est un stress qui conduit à l'action. Il se manifeste plutôt par des réactions psychosomatiques, digestives ou cardio-vasculaires (hypertension), par une faible fréquence des absences ou par de l'épuisement. Le stress extrinsèque, qui est lié au contexte de cette tâche, traduit plutôt les perceptions individuelles quant au degré de restriction de son autonomie, à l'existence de conflits ou d'ambiguités de rôles, de pressions linguistiques, à la sous-utilisation de ses capacités, etc. Ce type de stress a un effet démobilisateur, inhibiteur d'action. Ses effets sont plus manifestes et prennent la forme de nombreux symptômes psychiques, comme l'anxiété, l'irritation ou la dépression chez l'individu, et d'une augmentation de l'absentéisme au niveau de l'organisation.

Rémunération au rendement et santé

On peut essayer d'illustrer les effets de certaines caractéristiques d'organisation du travail sur la santé et la sécurité des travailleurs. Prenons le cas par exemple de la rémunération au rendement. Ce type de rémunération est très répandu dans les secteurs à faible technologie, où la productivité dépend essentiellement du facteur humain. Il s'agit surtout du secteur minier (83% des travailleurs des mines souterraines au Québec sont rémunérés au rendement), mais aussi de certains secteurs manufacturiers, à main-d'oeuvre essentiellement féminine comme l'habillement, le textile et la bonnetterie.

Au Québec, les effets de la rémunération au rendement ont déjà suscité plusieurs interrogations et prises de position. Elle pose de sérieuses difficultés à l'application de la Loi sur la santé et la sécurité au travail pour les entreprises qui l'utilisent. Deux commissions d'enquête gouvernementales sur la sécurité dans les mines (au Québec et en Ontario) ont insisté sur la nécessité de documenter davantage le risque que représente ce mode de rémunération pour la sécurité des travailleurs. Elles en ont recommandé l'abolition dans le secteur minier[81 84].

Les phénomènes de stress, de tension psychologique, d'insatisfaction au travail, les symptômes d'usure précoce ou de développement d'athérosclérose seraient plus élevés pour ceux qui travaillent au rendement que pour ceux qui travaillent au temps[84].

Si on n'a pas encore réussi à le prouver au Québec, de nombreux exemples à l'étranger confirment l'hypothèse qu'il existe souvent un conflit entre le système de boni et la sécurité au travail.

2.2.5.3 Les effets sur la santé de l'introduction de nouvelles technologies

La bureautique et la robotique

L'apparition des nouvelles technologies comme la bureautique ou la robotique correspond à une phase récente du processus d'informatisation de l'économie. Avant 1975, l'informatisation a surtout affecté les opérations administratives courantes, telles que la comptabilité et la gestion de personnel. Depuis, avec la diffusion des micro-processeurs, les possibilités technologiques se sont multipliées en raison de leur faible coût, de leur grande performance, et aussi de leur capacité de s'intégrer à d'autres technologies.

Indépendamment de leurs effets sur l'emploi, les nouvelles technologies ont certainement eu des effets positifs sur la santé des travailleurs. Dans le secteur industriel et plus particulièrement dans le cadre de la production en grandes séries, les manipulateurs et robots industriels ont permis de supprimer certaines tâches déqualifiées, pénibles et dangereuses, par exemple, en soudure, peinture, sablage et moulage, pour divers assemblages de pièces détachées ainsi que pour les fonctions de découpage, meulage et pressage. La sécurité au travail s'est ainsi accrue[54].

Mais ces technologies nouvelles semblent avoir provoqué un déplacement de la charge de travail: la charge physique diminue, mais la charge mentale augmente (complexité, vitesse, attention, minutie, contrôle par la machine), ce qui entraînerait une augmentation de la tension et du stress. L'automatisation accroîtrait également, dans certaines situations, les problèmes d'isolement au travail[55].

Dans le secteur tertiaire, la quasi-totalité des recherches se sont surtout orientées vers les effets de l'utilisation des terminaux à écrans. Les premières d'entre elles se sont principalement attachées à l'analyse de l'équipement lui-même (caractéristiques physiques des terminaux à écrans de visualisation, aménagement du poste de travail, etc.). Mais ces recherches prennent aujourd'hui une nouvelle orientation: on étudie maintenant les problèmes de santé à travers une approche de la charge de travail sous sa composante mentale. C'est ainsi qu'un nouveau domaine de recherche s'est développé depuis quelques années: l'étude des systèmes interactifs de communication hommes-ordinateurs. On considère en effet qu'une partie importante des problèmes de santé physique et mentale des personnes employées vient du fait que le travail n'a pas été conçu et pensé en fonction des capacités et du potentiel humain, mais plutôt dans le but essentiel d'une meilleure utilisation de l'équipement. Les recherches sur les dialogues hommes-ordinateurs poursuivent l'objectif inverse: adapter l'ordinateur à l'homme[56].

Il semble cependant qu'il y ait des variations importantes dans les problèmes de santé vécus par les travailleurs et surtout les travailleuses sur écran cathodique, qui pourraient s'expliquer en grande partie par d'autres facteurs que par l'écran cathodique lui-même, et notamment par le type d'organisation du travail qui accompagne l'informatisation du travail de bureau. Dans certaines grandes entreprises de services, ou ministères, la rationalisation du travail est poussée à un tel point qu'il est permis de faire une analogie avec les

chaînes de montage. La monotonie, l'absence d'autonomie dans l'accomplissement de la tâche sont alors à leur comble, alors que la charge de travail reste très élevée et soumise à un contrôle de rendement continuel par la machine. De ce fait, le niveau de stress peut se trouver considérablement accru[114].

Il semble donc que l'on puisse mettre en doute l'idée d'un déterminisme absolu de la technique sur les situations de travail d'autres variables que la technologie elle-même, telles que l'organisation de l'entreprise, sa situation économique, les modes de gestion du personnel, les attitudes des travailleurs, les stratégies d'intervention syndicales, interagissent avec les facteurs techniques.

2.2.5.4 Le travail et la dynamique des inégalités en santé

Le milieu de travail joue un rôle essentiel dans la genèse de la santé. En premier lieu, c'est le travail qui donne à l'individu son identité et ses moyens de subsistance. Les conditions de travail au sens large (environnement physique, nature de la tâche, organisation du travail) peuvent exercer un effet favorable sur la santé, ou au contraire constituer un facteur de risque supplémentaire d'accident, de stress ou d'usure précoce.

Selon une approche bio-écologique de la santé en milieu de travail, les problèmes de santé sont le résultat de l'équilibre dynamique qui se crée entre l'organisme et le milieu dans lequel il évolue, soit les conditions environnementales physiques et chimiques, le contexte organisationnel, économique et psychosocial[115]. Toutes les composantes de ce milieu de travail représentent des contraintes plus ou moins fortes sur la capacité d'une population de travailleurs à s'adapter sans subir d'altération de leurs capacités vitales. À ces contraintes s'ajoutent celles de l'âge, des capacités physiologiques et psychologiques, et des conditions de vie extérieures au milieu de travail.

La catégorie socio-professionnelle d'un individu est peut-être le meilleur indicateur de l'ensemble de ces contraintes, puisqu'elle traduit à la fois (bien que de façon très imparfaite) la nature de l'occupation du travailleur, donc son degré d'exposition, sa place dans la hiérarchie du milieu de travail, donc son niveau salarial, son degré d'autonomie et sa classe socio-culturelle d'appartenance, et notamment son niveau d'instruction.

Un nombre impressionnant d'études font état des inégalités flagrantes de santé qui existent entre les différentes catégories socio-professionnelles. Selon les données de l'enquête Santé Ca-

nada, les taux d'incapacité permanente chez les Québécois âgés de 45 à 64 ans sont les suivants : 1,8% chez les directeurs, administrateurs et gérants d'entreprises ; 3,5% chez les professionnels, enseignants, médecins ; 4,9% chez les employés ; 14% chez les ouvriers ; 39% chez les agriculteurs, pêcheurs et bûcherons[50].

Ces inégalités reflètent d'une part l'aggravation des contraintes de l'environnement de travail au fur et à mesure que l'on descend dans la hiérarchie des salaires et des emplois, mais elles traduisent d'autre part la disparité des conséquences d'une maladie ou d'un accident, selon la catégorie à laquelle l'individu appartient.

Une étude américaine récente[87] a examiné minutieusement les mécanismes de cette dynamique des inégalités en santé, et arrive notamment à la conclusion suivante : de sérieuses limitations fonctionnelles semblent être la première cause de l'incapacité à travailler. Cependant, une faible fraction seulement de la population inapte au travail semble être limitée de façon aussi grave. Pour les autres, différents facteurs socio-économiques et particulièremnt le niveau d'instruction, vont influencer les conséquences de certaines limitations fonctionnelles. À la suite de telles limitations, les gens des catégories socio-professionnelles plus aisées pourront voir leur revenu diminuer, mais les pertes ne seront pas considérables. Ceux qui sont au bas de l'échelle ne peuvent plus perdre grand-chose et ne peuvent en particulier proposer une diminution de revenu en échange d'un travail moins pénible. Ils vont très probablement sortir de la force de travail, devenir des chômeurs chroniques et des assistés sociaux.

Telle était également la conclusion d'une recherche sur l'appauvrissement des petits salariés au Québec[88] : les conditions de travail, selon leur nature et leur intensité, sont susceptibles de provoquer un vieillissement (usure) précoce du travailleur, et par le fait même, de le rendre graduellement inapte au travail. Il se produit un phénomène d'appauvrissement où intervient la détérioration de la santé : cette détérioration peut entraîner une baisse de revenu. Or, lorsque cette diminution de revenu affecte des salaires déjà peu élevés, elle oblige à restreindre la qualité des conditions de vie et notamment le logement, la nourriture, les loisirs, etc. Celles-ci peuvent à leur tour contribuer à détériorer davantage la santé du travailleur et celle de sa famille, dont le revenu ne cesse de diminuer. Il se crée ainsi un cercle vicieux santé-pauvreté, dont l'aboutissement ne peut être que le chômage chronique ou l'aide sociale.

2.2.6 L'environnement physique

2.2.6.1 Sol, eau, air*

Les effets nuisibles de l'environnement sur la santé s'analysent habituellement à travers les dangers potentiels que peuvent représenter certains éléments qui entrent dans la composition du sol, de l'eau, de l'air ou des aliments[89].

Le sol

Le sol québécois comporte certains polluants (pesticides, radioéléments, microbes pathologiques, etc.) dont l'importance par habitant dépassait en 1970 celle des États-Unis. La production de déchets était en effet de 149,3 lbs par personne et par jour au Québec contre 100,0 lbs aux États-Unis. L'essentiel de cette production et de l'écart entre le Québec et les États-Unis est le fait des activités minières qui génèrent les 3/4 de tous les déchets[89].

Au début des années 1970, la croissance accélérée de la production de déchets était jugée préoccupante et laissait envisager un doublement de celle-ci en 10 ans. Mais cette production s'est plutôt stabilisée et ne s'est accrue que d'environ 25% du début à la fin des années 1970[90].

Aucune étude québécoise, et peu d'études canadiennes ou internationales ne relient directement cette situation à des pathologies précises. Les risques liés à la contamination du sol s'actualisent plutôt à travers d'autres éléments tels que l'eau, l'air et les aliments avec lesquels celui-ci entre en relation. « On doit aussi ajouter que le Québec est généralement favorisé par la nature de ses sols et que l'on recense de nombreuses zones favorables à l'établissement de sites d'enfouissement sanitaire »[90]. Le problème qui peut se poser se situe davantage au niveau du contrôle de ces sites et des déchets autres que domestiques (agricoles, miniers). Les manifestations délétères pouvant être longues à paraître mais fort sérieuses (exemple du Love Canal aux États-Unis[91]).

Plus récemment l'arrosage chimique des forêts québécoises pour détruire la tordeuse des bourgeons et la teneur des pluies acides importées en grande partie des États-Unis ont été dénoncées comme néfastes non seulement pour la végétation, mais également pour la santé de la population. Une étude du DSC de Rimouski

* Les informations qui constituent cette section sont pour une bonne part tirées d'une étude réalisée en 1980 par Robert Pampalon pour les service des études épidémiologiques du MAS.

portant sur un certain nombre de cas de syndrôme hémolytique et urémique, met en doute l'innocuité des produits utilisés dans les zones d'arrosage et encourage à faire preuve de la plus grande prudence dans leur utilisation[92].

L'eau

La pollution de l'eau est à 80% d'origine industrielle. Toutefois l'eau potable au Québec s'avère, à la lumière des données disponibles, assez peu contaminée tant sur le plan bactériologique que sur le plan physico-chimique. Par contre les eaux de surface du Québec seraient parmi les plus polluées d'Amérique du Nord[93].

Sur le plan bactériologique, à la fin des années 1970, 294 aqueducs sur 1 261 ne rencontraient toujours pas les normes exigées. Mais cette pollution n'a que rarement conduit à l'éclosion de maladies bactériennes; on se rappellera toutefois les cas de St-Gabriel (Typhoïde, 1976) et de Charlesbourg (Gastro-entérite, 1977)[94].

La pollution physico-chimique de l'eau fait l'objet d'une attention de plus en plus poussée. Les principaux problèmes sont plutôt d'ordre esthétique (apparence, goût, etc.) et sont surtout dus à la présence de manganèse ou de fer. Mais certains produits toxiques ont parfois réussi à s'infiltrer (Waterloo 1978, Acton Vale 1979)[94].

Certaines études suggèrent une association entre la douceur de l'eau et la mortalité par maladies cérébro-vasculaires. D'autres, les plus nombreuses, ont permis de vérifier les effets bénéfiques de la fluoration naturelle et artificielle sur la santé dentaire[89].

L'air

L'air de plusieurs villes québécoises présente en revanche une pollution assez importante. C'est la combustion sous toutes ses formes et particulièrement celle des véhicules à moteur, qui reste la principale cause de pollution de l'air.

Selon une étude du Conseil économique du Canada en 1974, la Cité de Montréal s'avérait être la plus polluée au Canada. On rencontre des niveaux élevés de pollution dans les villes industrielles de Shawinigan, Thetford-Mines, Asbestos et Rouyn-Noranda, en raison de la présence particulièrement forte dans l'air de poussières en suspension ou d'anhydride sulfureux[89]. Mais depuis 1974, il y a eu une amélioration assez nette de la qualité de l'air, en particulier à Montréal[95].

Les effets néfastes pour la santé reliés à la pollution de l'air sont beaucoup plus importants que ceux qui sont reliés à la pollution du sol ou de l'eau. Les recherches internationales et les études plus spécifiques à Montréal relient cette pollution de l'air à diverses affections. Les voies respiratoires sont évidemment les plus affectées. La grippe, l'asthme, l'emphysème pulmonaire et le cancer du poumon ont déjà été associés à la pollution atmosphérique, de même que certains problèmes graves du système circulatoire ou digestif[89].

On peut également signaler que l'absentéisme au travail en raison de troubles respiratoires suit de près les évolutions de la pollution atmosphérique[89].

2.2.6.2 Environnement et cancer

Plusieurs études remettent aujourd'hui en question l'importance que l'on accorde à la relation entre le cancer et les produits chimiques. Selon le National Research Council américain: on dénombre en fait 53 500 produits utilisés de façon régulière, auxquels s'ajoutent chaque année de 500 à 1 000 nouveaux produits. Parmi l'ensemble de ces produits, 116 ont pu être significativement associés au cancer, et 22 sont considérés comme pouvant causer un cancer chez l'être humain[96].

Environ 7 à 8% des cancers seulement auraient leur origine dans l'exposition à des produits toxiques y compris en milieu de travail, et dans l'utilisation de produits industriels et d'additifs alimentaires. De plus, ce pourcentage est nettement inférieur à celui que l'on attribue aux habitudes de vie comme le tabac et même l'alimentation[97].

C'est maintenant la nature elle-même qui serait pointée du doigt. Certains aliments naturels contiendraient en effet des toxines, cancérogènes ou mutagènes, qui se retrouvent dans notre alimentation en proportion bien plus grande que les pesticides synthétiques qui contaminent parfois les plantes[98].

L'attitude de la population

L'importance peut-être exagérée accordée aux conséquences de la pollution sur la santé se reflète dans les attitudes et les comportements de la population.

Tout d'abord l'information dénonçant des produits dangereux, souvent excessive, alarmiste et sans nuances, est devenue de moins en moins crédible dans la population[91]. Un groupe d'experts a exprimé l'opinion suivante: de nombreux avis qualifient de dange-

reux pour la santé une multitude de produits que les américains utilisent, boivent, mangent depuis de nombreuses années sans problèmes apparents; cette situation est une source de confusion, et peut aboutir à renforcer la résistance de la population face à l'adoption d'habitudes de vie saines[99]. Quand tout est également dangereux, rien ne l'est plus.

On a pu également constater que les individus surévaluaient les problèmes reliés à l'environnement physique. Ainsi les fertilisants chimiques sont-ils perçus comme une menace plus sérieuse pour la santé que l'alimentation trop grasse. La cigarette devient également pour eux un problème secondaire face aux déchets industriels et à la pollution en général[99].

Enfin, certaines attitudes fatalistes face à la santé, et particulièrement celles des groupes sociaux économiquement défavorisés, s'en trouvent renforcées. Ainsi, 53% des personnes de groupes sociaux défavorisés (la moyenne étant de 44%) se sont déclarées partiellement ou entièrement d'accord avec l'affirmation suivante: « Je ne vois pas pourquoi les individus devraient prendre soin de leur santé quand la pollution est aujourd'hui le problème le plus sérieux »[99].

2.2.6.3 Environnement et cadre de vie

Mais l'environnement physique ne se limite pas à la pollution. L'urbanisation rapide, l'éclatement des quartiers et la rupture des relations de voisinage et de solidarité qui s'ensuivent, peuvent avoir des effets néfastes sur la santé des individus, et particulièrement sur celle des enfants[100].

En fait tout l'aménagement de l'espace dans lequel les individus évoluent quotidiennement est important. Ainsi l'état du réseau routier est un déterminant important des accidents de voiture. La taille exiguë de certains logements, leur insalubrité, la vétusté de l'installation électrique peuvent également influencer la santé et la sécurité de ceux qui y vivent.

Des logements adaptés aux besoins des personnes âgées et à ceux des handicapés peuvent améliorer considérablement la qualité de la vie et l'autonomie de ces personnes[101]. De façon plus générale, l'accès plus ou moins facile dans un quartier ou une région donnée à des ressources socio-culturelles (écoles, universités, maisons de jeunes, centres de loisir), sportives, commerciales ou de santé aura des répercussions certaines sur la santé et notamment sur la santé mentale de leurs populations respectives.

2.2.7 *Les habitudes de vie*

Les habitudes de vie ou comportements individuels que l'on pointe le plus souvent du doigt comme néfastes pour la santé sont: le tabac, l'abus d'alcool, l'absence d'exercice physique, les habitudes alimentaires, la consommation de drogues et de médicaments psychotropes.

Quelles sont les tendances préoccupantes, dans l'évolution de ces comportements, compte tenu de ce que l'on connaît de leur contribution à différentes maladies? Quelles sont au contraire les sources d'optimisme? Les Québécois se distinguent-ils, dans leurs habitudes de vie des citoyens des autres pays industrialisés?

2.2.7.1 Le tabac: depuis 1965, la proportion de fumeurs diminue constamment

Depuis 1965, le pourcentage de fumeurs au Québec est en constante diminution. Cette tendance est surtout le fait des hommes, même jeunes. On trouvait 44,9% de fumeurs chez les hommes en 1981, alors que 64,2% d'entre eux fumaient de façon régulière en 1965[102 103].

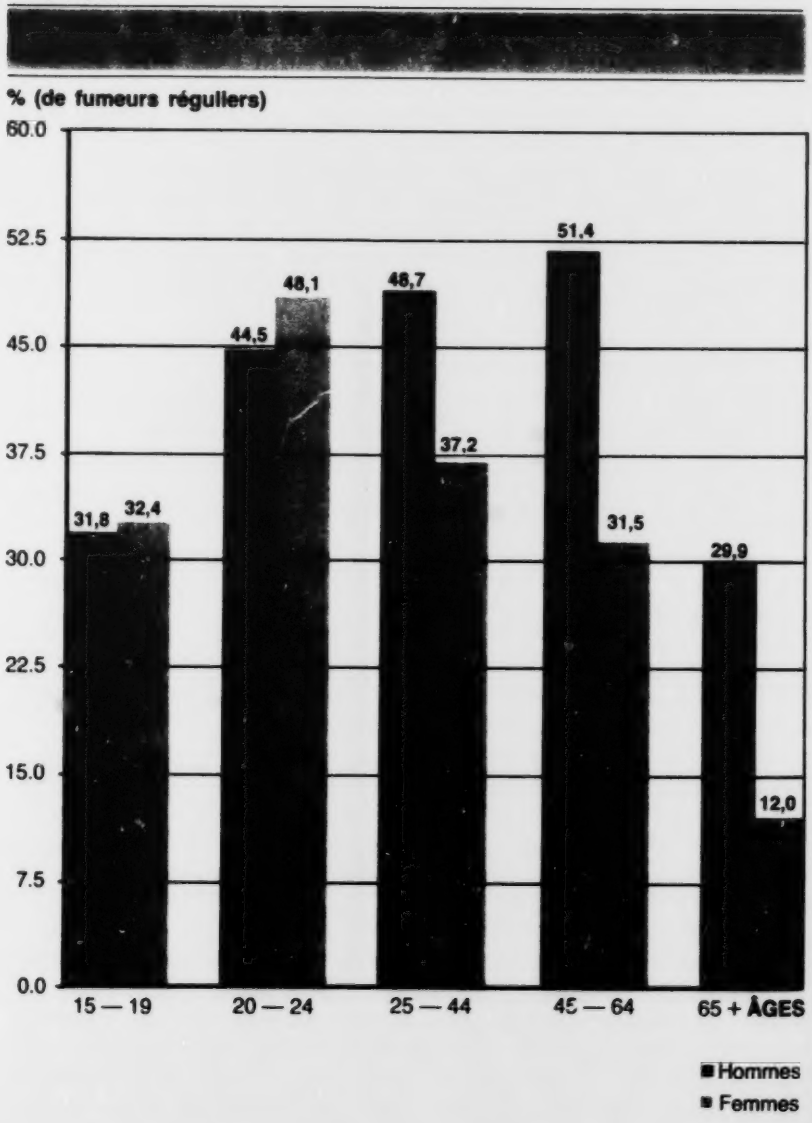
La tendance n'est pas du tout la même chez les femmes: la proportion de fumeuses régulières n'a pas ou peu diminué pendant cette période et se situe aux alentours de 33%. Ce problème s'explique par une montée du tabagisme chez les jeunes femmes, qui fument maintenant plus souvent que les hommes de leur âge (48% des femmes de 20 à 24 ans, fument régulièrement, contre 44% des hommes du même âge) (Graphique 11).

Cette baisse du nombre de fumeurs s'est curieusement accompagnée d'une hausse individuelle de la consommation de cigarettes. Les gens qui continuent ou qui se mettent à fumer fument donc chacun en moyenne davantage de cigarettes: en 1970, un fumeur régulier consommait chaque jour environ 20,9 cigarettes. Ce chiffre est passé à 26,2 en 1981[104].

Les jeunes Québécois consomment plus de cigarettes mais moins de marijuana que dans le reste du Canada

La consommation de tabac reste très élevée chez les jeunes. En 1981, 32% des jeunes Québécois fumaient de façon régulière. Le pourcentage est le plus élevé de toutes les provinces canadiennes. Il est le double de celui constaté en Colombie-Britannique[103]. Les efforts entrepris pour décourager les jeunes Québécois de fumer ont moins porté fruit qu'ailleurs.

Graphique 11



Source: W.J. Millar, *L'usage du tabac chez les Canadiens en 1981*, Santé et Bien-être social, Canada.

On constate qu'à l'inverse, l'usage quotidien ou occasionnel de la marijuana est plus faible au Québec, dans la population en général et chez les jeunes en particulier, que partout ailleurs au Canada. En 1982, selon un sondage Gallup, 19% des jeunes Québécois de 12 à 19 ans reconnaissaient avoir déjà fait usage de marijuana; mais ce chiffre atteignait 46% en Colombie-Britannique[105].

Le Québec se situe en tête des pays industrialisés

En 1981, le Québec a pris la tête de l'ensemble des pays industrialisés, pour ce qui est de la consommation annuelle moyenne de tabac par adulte, remplaçant ainsi les USA qui occupaient ce rang en 1975[104].

L'évolution du cancer du poumon suit celle de la consommation de tabac

Le déclin de la consommation de cigarettes chez les hommes de tous âges a influencé favorablement la baisse des décès par maladies cardio-vasculaires, ainsi que le ralentissement des méfaits du cancer du poumon. On prévoit chez les hommes une stabilisation des taux de décès par cancer du poumon d'ici 10 ans[104]. Au contraire, l'augmentation de ces décès ne semble pas près de ralentir chez les femmes, puisque les jeunes fument de plus en plus.

Consommation de tabac, stress et environnement

Les données de l'enquête Santé Canada[2] permettent de mettre en relief l'influence des situations de stress sur les habitudes de vie des Québécois, et notamment sur la consommation de tabac. Ces situations étaient traduites par des indicateurs d'équilibre affectif (selon l'échelle mise au point par Bradburn) ou de bonne santé mentale (selon les enquêtes d'opinion sur la santé élaborées par McMillan). Quelque soit l'indicateur utilisé, la consommation de tabac augmente de façon significative avec le niveau de stress[50].

Mais l'environnement social, culturel ou économique influence également la consommation de tabac que ce soit ou non par l'intermédiaire des situations de stress qu'elles engendrent. Ainsi, c'est chez les chefs d'entreprise, les ouvriers et les employés dans les services que l'on trouve les plus gros fumeurs (plus de 20 cigarettes par jour en moyenne)[104]. En tenant compte des autres caractéristiques, les gens séparés et divorcés fument davantage que les gens mariés ou célibataires, et les chômeurs que les gens actifs.

Les gens qui ont tout au plus une scolarité de secondaire fument davantage que ceux qui ont une scolarité plus élevée[50].

D'ailleurs, les gens qui ont un niveau d'instruction supérieur comptent à la fois la plus faible proportion de fumeurs réguliers, et la plus forte proportion d'anciens fumeurs[104].

2.2.7.2 La consommation d'alcool au Québec

La consommation d'alcool per capita s'est accrue de 51% entre 1961 et 1976.

De 1961 à 1976, la consommation d'alcool est passée de 6,82 à 10,55 litres d'alcool absolu per capita, soit une augmentation de 51%. Depuis, elle s'est stabilisée et aurait même légèrement diminué. Cette baisse est surtout le fait de la bière et quelque peu des spiritueux[106]. Par contre, la consommation de vin maintient sa montée.

En 1982, chaque Québécois âgé de 15 ans et plus a consommé en moyenne 132,7 litres de boissons alcoolisées: soit 114,4 litres de bière, 12,3 litres de vin et 6,0 litres de spiritueux[106].

Hausse de la consommation d'alcool chez les jeunes

Même si l'on ne dispose pas de chiffres évolutifs sur la consommation d'alcool par groupe d'âge, plusieurs indices laissent entrevoir une hausse de la consommation d'alcool chez les jeunes.

Tout d'abord, c'est chez les jeunes de 20 à 24 ans que l'on retrouve une des plus fortes proportions de buveurs réguliers d'alcool (84,2% chez les hommes et 69,5% chez les femmes, alors que les pourcentages correspondants pour la population âgée de 15 ans et plus sont respectivement de 78% chez les hommes, et de 54,6% chez les femmes). C'est également dans ce groupe d'âge que l'on trouve la plus forte proportion de grands* buveurs, soit de personnes qui boivent régulièrement 14 consommations alcoolisées et plus par semaine (30,3% chez les hommes et 7% chez les femmes)[106].

L'évolution du taux d'abstinence selon le groupe d'âge est également très révélatrice: c'est chez les jeunes hommes et femmes que les taux d'abstinence sont les plus faibles. Chez les femmes l'évolution est très nette: les jeunes femmes consomment de l'alcool de

* Il s'agit bien sûr d'une notion relative. Les données de l'enquête Santé Canada ne nous permettent malheureusement pas de connaître l'importance de la population de buveurs à risque, c'est-à-dire qui boivent régulièrement au-delà de 40 consommations par semaine. La proportion de grands buveurs (10,1%) serait ainsi au moins deux fois plus élevée que celle généralement avancée pour les alcooliques (environ 5%). Elle n'est donc qu'un indicateur imparfait de l'importance de l'alcoolisme.

plus en plus fréquemment, et il existe une coupure radicale entre les femmes de moins de 50 ans et celles qui sont plus âgées.

D'ailleurs, l'habitude de boire se prend de plus en plus tôt: selon un sondage Gallup réalisé en 1982, 77% des jeunes de 12 à 19 ans ont déjà fait l'essai de l'alcool et le premier essai a eu lieu en moyenne à 12 ans[105].

Le Québec est l'une des provinces qui détient les plus faibles taux de consommation d'alcool*

En 1982, seuls le Nouveau-Brunswick et l'Ile-du-Prince-Édouard avaient une consommation inférieure à celle du Québec. Celle de l'Alberta, la plus élevée au Canada, lui était de 36% supérieure. La position du Québec s'explique par sa faible consommation de spiritueux.

L'importance relative des buveurs réguliers dans la population canadienne augmente d'ailleurs d'est en ouest. 54,7% de la population adulte de la Région Atlantique, 63,4% de celle du Québec et 73,2% de celle de Colombie-Britannique entrent dans cette catégorie[106].

On constate la même évolution pour les grands buveurs (14 consommations et plus par semaine): 10,1% au Québec, 16,8% en Colombie-Britannique. Ceci semble confirmer qu'une hausse de la consommation per capita s'accompagne effectivement d'une hausse de la proportion de grands buveurs[106].

Il semble également que le modèle de consommation des adultes se reflète chez les jeunes: la consommation d'alcool chez ces derniers présente en effet des écarts régionaux similaires à ceux que l'on observe auprès de l'ensemble des adultes. Plus la boisson est intégrée dans une société et acceptée comme faisant partie de la culture, plus les jeunes sont tentés de boire, et ce, à un âge de plus en plus précoce: 11 ans dans l'ouest, 12 ans au Québec et en Ontario, et 13 ans dans les provinces de l'Atlantique[106].

Les coûts économiques et sociaux reliés à l'alcool sont considérables, dépassant ceux du tabac

L'abus d'alcool est à l'origine de coûts économiques et sociaux multiples[107]. Un buveur adulte sur 10 connaît des problèmes reliés à l'alcool (problèmes professionnels, sociaux, familiaux, maladies, etc.).

* alcool pur ou absolu.

L'abus d'alcool contribue indirectement à un bon nombre de décès par accidents de la route, chutes, incendies, noyades, homicides, etc. À long terme, il peut même devenir une cause directe de décès (alcoolisme, psychose alcoolique, cirrhose du foie, intoxication par l'alcool). On estime généralement à un décès sur 11 (soit environ 3 900 décès au Québec en 1984) le nombre de décès liés directement ou indirectement à l'alcool.

L'alcool est également présent dans le tiers de tous les cas d'enfants maltraités, dans la moitié des divorces invoquant la cruauté physique ou mentale, et dans 30 à 50% de tous les crimes de violence[107].

Enfin l'alcoolisme au travail atteint de 3,5 à 7% de la main-d'oeuvre active (soit de 100 000 à 200 000 personnes au Québec en 1984)[107].

Les études américaines estiment que **le coût économique global du tabac et de l'alcool**, en terme de soins de santé et de pertes de production*, représente environ 25% du coût économique global de toutes les maladies[108]. Ce qui correspondrait à plus de deux milliards au Québec pour l'année 1981 répartis de façon à peu près équivalente entre le tabac et l'alcool. Mais si l'on ajoute à cette évaluation les coûts sociaux reliés aux accidents de la route et aux problèmes de violence, les coûts de l'alcool deviendraient alors sensiblement plus élevés (environ 1,6 fois selon l'étude citée).

Environnement et consommation d'alcool: qui boit le plus?

On constate que la population des buveurs réguliers est sensiblement différente de celle des grands buveurs:

— Plus la scolarité d'un groupe est élevée, plus la proportion d'habitués de l'alcool est forte. La relation est encore plus marquée chez les femmes: trois femmes sur quatre de niveau universitaire boivent régulièrement contre une sur cinq dans le groupe des 0-8 ans de scolarité. L'âge peut ici expliquer une partie de l'écart mais non la totalité[106].

— Chez les hommes, ce sont les détenteurs d'un certificat post-secondaire qui comptent la plus grande proportion de grands buveurs (21,3%). Par contre les femmes de niveau universitaire regroupent également la plus forte proportion de grandes buveuses.

* provenant de la mortalité prématurée, et de l'incapacité temporaire ou permanente de travailler.

— Les habitudes de consommation d'alcool varient également en fonction du statut de l'individu par rapport au marché du travail. Les actifs sont proportionnellement plus nombreux à boire régulièrement que les chômeurs ou les inactifs. Cependant, c'est parmi les chômeurs que l'on enregistre la plus forte proportion de buveurs de 14 consommations et plus par semaine (25%)[106].
— Parmi les différentes catégories socio-professionnelles, c'est le groupe des professionnels, enseignants et médecins qui, chez les hommes, compte la plus forte proportion de buveurs réguliers (88,8%, contre 76,7% pour les ouvriers). Par contre, ce sont les ouvriers, puis les employés qui comptent la plus forte proportion de grands buveurs.
— Le comportement des femmes est cependant différent. Ce sont celles qui occupent les postes de direction qui sont les plus nombreuses à boire, et qui sont également les plus grandes buveuses.

Ainsi l'habitude de boire régulièrement augmente avec le statut social. Mais les grands buveurs se retrouvent plutôt dans les groupes sociaux qui ont des conditions de travail et de vie difficiles. D'ailleurs, on constate que la consommation d'alcool s'accroît significativement avec le niveau de stress[50].

2.2.7.3 Alimentation: la situation s'améliore lentement

En 1976, le ministère des Affaires sociales élaborait une politique de nutrition qui préconisait essentiellement trois changements dans les habitudes alimentaires des Québécois: une réduction de l'apport en matières grasses, une augmentation de l'apport en fibres alimentaires et en glucides complexes, une réduction de l'apport en sucre[109].

Évolution de la consommation de matières grasses

Des études américaines ont récemment prouvé de façon certaine que le cholestérol constituait un facteur de risque pour les maladies cardio-vasculaires[110]. Une alimentation trop riche en matières grasses et notamment en viandes grasses, favorise l'hypercholestérolémie.

Or, le Québec se situe parmi les plus gros consommateurs de viande: autant qu'en France ou aux États-Unis, et plus qu'ailleurs au

Canada ou en Europe[111]. Depuis 1976, toutefois, certains comportements ont évolué dans le sens souhaité*.

La consommation de viandes grasses a légèrement diminué depuis 1976. Par contre, la consommation de viandes maigres s'est accrue sensiblement: de 35% pour la volaille, depuis 1976, et de 20% pour le poisson depuis 1970. En fait il y a eu davantage substitution que diminution dans l'apport en protéines animales[112].

Évolution de la consommation de fibres alimentaires et de glucides complexes

Cette évolution était souhaitée afin d'obtenir pour les Québécois une alimentation plus équilibrée. En 1981, cet apport est légèrement supérieur à celui de 1971, essentiellement à cause de la hausse de la consommation de légumes frais (28,3%) et congelés. Par contre, la vente de fruits frais entiers est demeurée à peu près stable, de même que la consommation de pommes de terre[112]. Et l'on n'a pas encore réussi à augmenter la consommation de légumineuses, ni celle des produits à base de céréales et de pain[112].

Évolution de la consommation de sucre

La consommation de sucre est associée directement à la carie dentaire et indirectement à l'obésité, dans la mesure où cette dernière est liée à la consommation excessive d'aliments riches en calories. Or, dans l'ensemble des pays de l'OCDE, le Québec est un des plus gros consommateurs de sucre per capita[111].

Toutefois, les tendances de la consommation de sucre seraient à la baisse depuis 1976[112].

Les habitudes alimentaires se modifient lentement, tant elles sont liées aux traditions et à la culture d'un pays. Certains comportements évoluent toutefois dans le sens de ce qui est souhaité, comme la hausse de la consommation de viandes maigres, de légumes frais et congelés, et la diminution de sucre.

2.2.7.4 Activité physique: une amélioration de la participation

On associe généralement l'absence d'activité physique à un risque accru de problèmes cardio-vasculaires. Et puis, une bonne

* Les données évolutives sur les consommations alimentaires connaissent certaines fluctuations, en raison de la diversité des sources selon l'époque considérée. Leur analyse est parfois difficile et ne permet de dégager que de grandes tendances sur plusieurs années.

condition physique améliore la résistance de l'organisme et explique que les gens qui font régulièrement du sport vont moins souvent chez le médecin. La pratique régulière d'une activité physique reflète souvent chez l'individu, l'importance que prend la valeur santé dans sa vie. Elle va généralement de pair avec d'autres habitudes de vie favorables à la santé comme une alimentation équilibrée, peu ou pas de cigarettes et une consommation modérée d'alcool[113].

En 1981, 51% des Québécois pratiquent une activité physique*[114]

Les niveaux d'activité physique se sont sensiblement améliorés depuis 10 ans. En 1974, 18% seulement de la population s'adonnait à la pratique d'une activité physique tout au long de l'année, alors que 28% était considérée comme sédentaire[115]. En 1981, 57% des Québécois pratiquent une activité physique au moins 3 fois par semaine et 9 mois par année, et la proportion de sédentaires a diminué de moitié. Mais selon une étude du ministère de la Santé et du Bien-être social, seulement le tiers de la population pratiquerait une activité physique à un niveau potentiellement bénéfique pour la santé[116].

La pratique de l'activité physique décroît rapidement avec l'âge

Selon des données disponibles pour l'ensemble du Canada, on constate que la pratique de l'activité physique décroît rapidement après l'adolescence[114]. Le taux de pratique passe en effet de 77% pour les garçons de 10 à 14 ans, à 70% chez les 15 à 19 ans, et tombe à 46% chez les hommes de 40 à 59 ans. Mais, il remonte légèrement chez les personnes de 60 ans et plus, probablement parce qu'elles bénéficient de plus de loisirs.

Le taux de participation des femmes reste légèrement inférieur à celui des hommes, mais les écarts se sont beaucoup réduits[114].

Plus de sédentaires au Québec que partout ailleurs au Canada

Mais les niveaux d'activité physique semblent moindres au Québec que dans les autres provinces. On y trouve en effet, en 1981 plus de sédentaires que partout ailleurs au Canada. C'est ainsi que

* Il s'agit uniquement d'activités physiques pratiquées dans les moments de loisirs. Elles excluent les travaux manuels, les occupations domestiques ainsi que l'éducation physique imposée. Elles incluent cependant le jardinage.

15% des personnes de 10 ans et plus sont sédentaires au Québec, contre 7% en Colombie-Britannique et dans les Prairies[114].

Les activités les plus populaires: marche, cyclisme et natation

Les activités les plus populaires auprès de la population de 10 ans et plus sont la marche, le cyclisme et la natation en piscine[116].

On observe cependant, entre 1976 et 1981, une augmentation de 23% de la pratique des sports: celle du ski de randonnée se serait accrue à elle seule de 142% et celle du ski alpin de 69% au cours de cette période. Mais la pratique des activités physiques non sportives (marche, jogging) n'a connu qu'une faible augmentation entre ces deux dates[116].

Les caractéristiques des participants: jeunes, instruits, célibataires

La population active physiquement n'est pas un échantillon typique de la population totale[114]: elle tend à être plus jeune, plus instruite et plus souvent célibataire. Il n'y a que 5% de sédentaires chez les titulaires d'un diplôme universitaire, contre 25% chez ceux qui n'ont qu'un cours élémentaire. Les taux de participation de la classe moyenne et supérieure (cadres. professionnels, enseignants, médecins, employés) sont plus élevés que dans les autres occupations. Et, même au Québec, les anglophones s'adonnent plus souvent à la pratique d'une activité physique que les francophones de mêmes caractéristiques[50].

On a pu constater également l'existence d'une relation significative entre la pratique de l'activité physique et le niveau de bien-être mental[50].

La pratique régulière d'une activité physique pendant ses temps de loisir semble ainsi dépendre de plusieurs facteurs: en premier lieu, de l'âge, mais également de la valeur que représente la santé, associée au sentiment de pouvoir l'influencer de façon bénéfique. Ces sentiments sont souvent reliés au niveau d'instruction et à une bonne santé mentale. Le temps et les loisirs disponibles ont également une grande influence: les gens mariés sont moins actifs que les célibataires. Enfin, le type d'occupation joue certainement un rôle: les travailleurs manuels, même de faible intensité, peuvent être portés à employer leurs loisirs à des occupations plus sédentaires, ne serait-ce qu'en raison de la fatigue éprouvée après une journée de travail.

2.2.7.5 Les Québécois consomment plus de médicaments psychotropes que partout ailleurs au Canada

Selon les données de l'enquête Santé Canada de 1978-1979[2], les Québécois consomment davantage de psychotropes que les Ontariens, et même que partout ailleurs au Canada. Les plus vulnérables sont les femmes d'âge moyen et les femmes seules à la maison ou assistées sociales. À partir de 65 ans, les différences s'atténuent entre hommes et femmes[117].

Enfin, les groupes exclus du marché du travail: personnes âgées, assistés sociaux, consomment en moyenne beaucoup plus de médicaments psychotropes, que le reste de la population. Pour ces deux groupes, les ordonnances de psychotropes pour l'année 1981 ont coûté respectivement 8 300 000 $ et 7 000 000 $[118].

L'importance de cette surconsommation de médicaments psychotropes s'explique en partie par l'isolement social, la marginalisation et par un sentiment d'impuissance face à ces situations. Les média, la publicité, et souvent même les médecins, répondant en cela aux attentes de la population, entretiennent l'illusion que la pilule est magique et constitue un remède simple et facilement accessible à tous les maux, quand elle ne fait fréquemment qu'en atténuer les symptômes. En outre, on sait que la consommation de ce type de médicaments crée chez la personne qui tombe dans le piège pharmacologique, un état de dépendance dont elle risque de se sortir difficilement[117].

Les effets indésirables des médicaments psychotropes sont particulièrement nocifs chez les personnes âgées qui, du fait d'un ralentissement des fonctions métaboliques, mettent plus de temps à les éliminer. Cette constatation est préoccupante quand on sait que les effets trop prolongés des somnifères ou des tranquillisants peuvent favoriser chez la personne âgée des états de confusion mentale ou de dépression[5].

2.2.8 Les facteurs de risque sont concentrés chez certains individus ou groupes de la population

À l'examen de ces différents déterminants de la santé et de la façon dont ils agissent et interagissent, il est difficile de croire que les risques sont distribués de façon indépendante dans la population. Certaines caractéristiques personnelles, biologiques ou culturelles, certains secteurs, certains milieux ou régions constituent des concentrateurs de risque de différentes natures.

L'âge: les personnes âgées sont particulièrement vulnérables du fait du processus biologique de vieillissement, de leur absence du marché du travail qui les marginalise, de leur isolement plus fréquent, surtout chez les femmes, et de la faiblesse relative de leurs ressources. Ces différents facteurs influencent à leur tour le niveau de stress, la qualité de leurs conditions de vie et notamment de leur alimentation, et sont à la source d'une surconsommation de médicaments.

Le sexe: les femmes sont plus souvent absentes du marché du travail: de ce fait elles sont moins autonomes financièrement et se sentent parfois dévalorisées. De plus, lorsqu'elles travaillent, elles se concentrent le plus souvent dans des emplois peu lucratifs et dépréciés. En cas de séparation ou de divorce, elles se remarient moins fréquemment et sont donc plus souvent isolées, gardent les enfants (encore 90% des familles monoparentales ont une femme à leur tête) et ont davantage de chances de se retrouver à l'aide sociale, elles et leur famille, dans des conditions matérielles peu favorables à la santé. Il en résulte un niveau moyen de stress plus élevé qui, associé à un sentiment d'impuissance et d'absence de contrôle sur leur vie, peut favoriser certaines habitudes de vie nocives comme la consommation de tabac, l'alcoolisme ou la consommation excessive de psychotropes.

Le niveau d'instruction: le niveau de scolarité conditionne le type d'emplois auxquels l'individu peut avoir accès. Les emplois à bas salaire s'accompagnent souvent d'un environnement de travail peu favorable et d'une usure précoce de l'organisme. En cas de maladie, la situation financière du travailleur et de sa famille peut se détériorer rapidement, surtout s'ils n'ont d'autre alternative que l'aide sociale. De plus les travailleurs faiblement spécialisés connaissent une plus forte insécurité d'emploi. L'insécurité économique, qu'elle provienne du chômage ou de la maladie, augmente le niveau de stress et nuit à des conditions de vie équilibrées et à l'harmonie familiale. Le niveau d'instruction influence également les attitudes vis-à-vis de la santé, et notamment les comportements préventifs.

La région: certaines régions se caractérisent par une structure économique particulièrement vulnérable à l'instabilité saisonnière et conjoncturelle de la demande. Elles connaissent de ce fait des taux de chômage élevés et des mouvements importants de population en quête d'emploi. D'autre part, l'activité économique de ces régions est souvent le fait d'industries primaires (comme les mines et la forêt en Abitibi) où les risques d'accidents sont particulièrement élevés. Cet

environnement économique insécure influence le degré de pauvreté de la population (selon l'importance des chômeurs chroniques, des inaptes au travail et des bénéficiaires de l'aide sociale), et déteint sur l'environnement social. Ces régions font souvent face à des problèmes particulièrement élevés d'alcoolisme, de délinquance et de suicide.

Ces exemples n'ont été cités qu'à titre d'illustration et ne sont pas exhaustifs. L'ethnie ou le niveau de revenu, par exemple, peuvent également être à l'origine d'une concentration élevée de risques pour la santé; ces caractéristiques sont souvent cumulatives.

2.3 Le système de soins

Selon notre approche, la santé d'une population dépend, d'une part des facteurs qui sont associés à l'apparition des problèmes de santé, et d'autre part, « de l'ensemble des ressources (les professionnels, les établissements, etc.) structurées en vue de fournir des services et des soins* à la population dans le but d'améliorer son état de santé »[26]. L'ensemble de ces ressources constitue le système de soins, qui est un élément important parmi tous ceux qui, dans notre société, exercent une certaine influence sur l'état de santé d'une population: système de soins et aussi certains aspects du système économique et social, du système politique, de l'environnement, etc.

Il n'est pas dans notre intention de faire l'évaluation du système comme tel. Il s'agit plutôt de rappeler son importance économique et les raisons qui sont à l'origine de l'augmentation des coûts de la santé, de voir comment l'organisation des soins au sens large a pu contribuer à améliorer l'accessibilité aux soins et la santé des individus et d'amorcer dans ce cadre, une réflexion qui serait inspirée par notre concept de santé sur le rôle de la technologie et sur certains aspects de l'humanisation des soins.

Nous avons privilégié l'analyse du système de soins aux dépens de celle d'autres systèmes comme celui des services sociaux, parce que celui-ci joue un rôle central dans le domaine de la santé. Le système de soins nous apparaît en effet le plus à même de réaliser une certaine intégration entre les aspects de prévention, de traitement et de réadaptation. De plus, on fait souvent allusion au rôle des services de première ligne et notamment des CLSC (Centres locaux

* préventifs, curatifs et de réadaptation.

de services communautaires). La plupart des remarques ayant trait à leurs professionnels s'adressent tout aussi bien à l'ensemble de ceux qui oeuvrent dans le domaine des services sociaux.

2.3.1 L'importance économique du système de soins

En 1982, le secteur des soins de santé au Québec a coûté quelque 7 500 000 000 $, ce qui représente 1 167 $ par personne; plus de 80% de cette somme est payée par les pouvoirs publics[117]. Le secteur contribue ainsi à 8,9% de la richesse collective de la province, et fournit de l'emploi à plus de 5% de toute la main-d'oeuvre du Québec. Plus des trois quarts de la population y ont eu recours au moins une fois pendant cette année[118].

L'importance économique du système de soins s'est accrue de façon considérable depuis 20 ans; elle est la conséquence des transformations radicales de la pratique médicale initiées dès l'après-guerre.

Entre 1960 et 1975 les dépenses de santé (en dollars courants) se sont accrues au Québec à un rythme annuel supérieur à 13%, soit plus rapidement que la production intérieure brute. L'évolution des dépenses hospitalières est la principale responsable de ce résultat: elles représentent en effet à elles seules plus des deux tiers des dépenses personnelles de santé*. Or, elles ont augmenté à un rythme annuel moyen de 15% au cours de la même période, soit 9 fois plus vite que la population totale. Ainsi les dépenses totales de santé sont-elles passées de 5,4% du PIB en 1960, à 8,4% 15 ans plus tard[119].

Cette période de croissance rapide a pris fin brusquement vers le milieu des années 1970: on assiste à cette époque, au Québec, comme dans le reste du Canada et dans plusieurs pays de l'OCDE à des tentatives de rationalisation des dépenses de santé. La croissance rapide des coûts étant perçue comme particulièrement inquiétante dans une conjoncture économique plutôt défavorable. Ainsi, depuis 1975 et jusqu'à aujourd'hui, les dépenses de santé se sont-elles accrues au Québec au même rythme que la production[119]. La même stabilité a été observée au Canada dans l'ensemble (autour de 7,5% du PIB), avec toutefois des différences selon les régions: l'évolution de la part du PIB affectée aux dépenses de santé est fonction des performances économiques de chacune d'entre elles.

---

* Soit les dépenses pour soins médicaux ambulatoires, soins hospitaliers, soins dentaires et médicaments prescrits.

Ainsi, dans les provinces de l'Atlantique cette part est passée de 9,3 à 11,6% du PIB, alors qu'elle restait stable en Ontario (aux alentours de 7%), et qu'elle diminuait dans les Prairies (de 7,3 à 6,4%)[17].

La stabilité de ce rapport pour le Québec, qui a été particulièrement touché par la récession, signifie en fait que les dépenses totales de santé per capita se sont accrues moins vite que partout ailleurs au Canada: en 1982, selon les dernières estimations, chaque Québécois a dépensé en moyenne 1 167 $ pour sa santé, soit un montant comparable à celui des habitants des provinces de l'Atlantique dont les dépenses moyennes ont toujours été les plus faibles du Canada. La même année, un habitant des Prairies dépensait 1 306 $[17].

Le coup de frein issu de cette nouvelle logique de rationalisation a été facilité par les mécanismes de financement propres au Canada: dans la plupart des autres pays de type industrialisé, le système de soins est financé principalement au moyen de mécanismes de remboursement établis sur la base des dépenses encourues. Les médecins, hôpitaux ou usagers facturent les diverses caisses ou assurances qui constituent le système d'assurance-maladie. Au Canada par contre, depuis la généralisation des programmes d'assurance-hospitalisation en 1961, et d'assurance-maladie en 1970, et surtout depuis les accords fiscaux de 1977, le système de soins est essentiellement financé de façon prospective par allocation budgétaire[119].

Dans les autres pays de l'OCDE, les tentatives de rationalisation ont été plus ou moins couronnées de succès: la part du PNB affectée aux dépenses de santé a continué à croître au même rythme qu'avant 1970 en Angleterre, aux États-Unis et en Suède, et a même connu une croissance accélérée en France et en Allemagne. De tous les pays de l'OCDE, c'est aux États-Unis qu'elle est aujourd'hui la plus élevée (9,5% en 1980[120]; 10,5% en 1982[17]), et en Grèce qu'elle est la plus faible (4,0% en 1980[120]).

Les principales causes de l'accroissement des coûts de la santé

L'augmentation rapide et continue des coûts de la santé résulte de deux séries de facteurs. L'une se situe du côté de la demande et l'autre résulte des caractéristiques de l'offre de soins.

Du côté de la demande, on cite habituellement[121]:

— ***L'effet du vieillissement de la population***. Les personnes âgées ont progressé à la fois en nombre absolu et en part relative de la

population. Or, ce sont celles qui consomment le plus de soins médicaux et notamment de soins en établissement (de court et de long terme), qui sont les plus coûteux. L'allongement récent de la durée moyenne de vie des personnes de 65 ans et plus est une pression supplémentaire à l'accroissement de cette demande de soins. Selon une étude récente de Statistique Canada[122], ce phénomène démographique aura une influence déterminante sur l'évolution des coûts de la santé pour les années à venir.

— ***Les séquelles des maladies, accidents ou handicaps***. De nombreuses affections qui entraînaient autrefois un décès rapide sont aujourd'hui traitées, mais exigent des soins prolongés, une longue réadaptation, voire un suivi permanent. Il s'agit en quelque sorte du prix à payer pour l'amélioration de la survie.

— ***L'émergence de pathologies attribuables aux conditions modernes de vie***: comme par exemple les accidents de la route ou le cancer du poumon.

— ***Une exigence accrue de la population vis-à-vis de sa santé***.

— ***L'intervention grandissante de professionnels dans différents domaines sociaux***. On demande par exemple à ces professionnels en général, et aux médecins en particulier, de remédier à l'angoisse, à l'alcoolisme, aux troubles psychosomatiques, aux difficultés familiales et sexuelles.

— ***Enfin, l'instauration d'un régime universel d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie.*** En améliorant l'accessibilité des personnes des milieux défavorisés, et en supprimant le coût financier visible de la consommation de soins médicaux, cette instauration n'a pu que contribuer à augmenter la demande de soins.

Mais l'augmentation des dépenses de santé ne résulte pas seulement de demandes accrues de la part de la population. Elle tient également à l'offre de soins. Le principal facteur à cet égard, dans tous les pays industrialisés, a été **le rôle croissant des établissements hospitaliers**. Or l'hôpital tend, pour de multiples raisons, à coûter de plus en plus cher[121].

— ***Les institutions charitables ont progressivement disparu***, et le personnel religieux a été remplacé par des agents salariés. Les rémunérations elles-mêmes de ces agents ont augmenté plus rapidement que les indices généraux de prix, suivant en cela l'évolution générale des salaires et bénéficiant de mesures spécifiques destinées à revaloriser la situation de certaines catégories (comme les infirmières).

— ***Le progrès technologique a augmenté à la fois les frais d'investissement et de fonctionnement des hôpitaux.***

— ***Le mode de rémunération des médecins***. Enfin, même s'il existe d'autres types de rémunération comme le salariat ou la vacation, la plupart des médecins sont rémunérés à l'acte. Ce mode de paiement des services de santé, qui lie les ressources des médecins au volume de leur activité, associé à une assurance-maladie universelle, est structurellement inflationniste, malgré l'existence de certains plafonds[119] [120].

Plus de 80% des dépenses de santé sont financées par les pouvoirs publics

Le système de soins québécois se caractérise aujourd'hui par une intervention très importante des pouvoirs publics. En 1960, les dépenses publiques ne représentaient que 25% des dépenses de santé. Avec l'introduction des programmes d'assurance-maladie et le développement de programmes publics de santé, ce pourcentage s'est accru très rapidement[119].

Dans l'ensemble des provinces du Canada, c'est au Québec que **le financement d'origine publique** des dépenses de santé est aujourd'hui le plus important: il est de 80% environ, au lieu de 70% en Ontario, la moyenne canadienne étant de 74%[17]. Mais la part **du financement d'origine privée** est sensiblement la même au Québec que dans la plupart des pays de la Communauté Économique Européenne. Elle est toutefois négligeable en Finlande, en Suède et en Norvège (moins de 10%) alors qu'elle dépasse 55% des dépenses totales de santé aux États-Unis[120].

L'importance du financement public place le système de soins, et notamment tout le secteur hospitalier dans une situation de forte dépendance vis-à-vis de la conjoncture politico-économique. Et l'équipement du secteur hospitalier risque d'être davantage le fruit de l'évolution des contraintes budgétaires du gouvernement que d'une réelle évaluation des besoins et de son efficacité à y répondre.

Il existe d'ailleurs aujourd'hui une controverse importante sur le niveau adéquat du financement du système de soins: certains sont d'avis que le système de soins est sous-financé, et accentuent de ce fait les pressions en faveur d'une augmentation des ressources par le biais entre autres, du développement d'un système privé de soins; d'autres estiment au contraire que les milliards dépensés dans ce système sont nettement suffisants, en invoquant l'inefficacité supposée du système à améliorer la santé de la population.

Au fond cette controverse amène à se demander s'il existe un niveau optimal des dépenses de santé. Il semble difficile de se prononcer tant que l'on ne possède pas des éléments suffisants de réponses aux questions suivantes: quelle est l'importance que la population attache à sa santé et à l'égalité d'accès aux services de santé? Quelle est l'influence réelle du système de soins sur l'état de santé de la population? Quelle est l'efficacité des services fournis à la population? Quelle est la productivité du système?[123]

Toutes ces questions conditionnent le niveau et les mécanismes de financement des dépenses de santé dans un pays. La question relative à la contribution du système de soins à l'amélioration de l'état de santé est à la fois cruciale et extrêmement complexe.

Quelle est la contribution du système de soins à l'amélioration de la santé des Québécois?

Le système de soins québécois est généralement considéré comme disposant d'une organisation fondamentalement saine, cohérente, facile à gérer sur le plan financier, et relativement plus satisfaisante que celle que l'on retrouve dans la plupart des pays développés. Mais l'efficacité de ce système en termes de santé reste difficile à évaluer.

Tout d'abord, le secteur des soins de santé est soumis au Québec comme ailleurs à la loi des rendements décroissants. Cela signifie qu'à partir d'un certain niveau de dépenses, il faudra de plus en plus de ressources pour obtenir un même niveau de gains en santé (comme par exemple un accroissement donné de l'espérance de vie). D'une autre façon, si le montant des ressources investies n'augmente pas, les gains en santé seront de plus en plus faibles. Les planificateurs en santé ont commencé vers la fin des années 1960 à se poser de sérieuses questions sur l'efficacité du système à améliorer la santé de la population, en comparant l'ampleur des fonds investis depuis l'après-guerre à la faiblesse des résultats obtenus. Il se pourrait cependant que l'on observe des rendements décroissants en raison même des succès déjà remportés, plutôt que des faibles gains associés à un échec du système[27].

En deuxième lieu, l'état de santé d'une population est affecté par de multiples déterminants, et il est particulièrement difficile d'évaluer la contribution du système de soins en éliminant l'influence de tous les autres facteurs. Il se peut par exemple, que le système de soins ne réussisse qu'à freiner la détérioration de l'état de santé de la population, entraînée par une conjoncture économique difficile, cer-

tains bouleversements sociaux, des niveaux élevés de stress et certaines habitudes de vie défavorables. Dans une telle éventualité, on conclura trop rapidement à l'inefficacité du système de soins, alors que la situation serait bien pire en l'absence d'un tel système.

Si, de façon idéale, l'évaluation du système de soins devrait se faire en appréciant sa contribution à l'amélioration de l'état de santé d'une population, cet objectif n'était qu'indirectement précisé dans le rapport de la Commission Castonguay. Celle-ci, en introduisant en 1970 le régime universel d'assurance-maladie, avait plutôt fixé pour le système de soins des objectifs opérationnels d'accessibilité, de qualité des soins (en insistant sur la globalité des soins, leur continuité et la qualité technique des services fournis), de productivité, de participation de la population à la gestion des établissements[124], en postulant que si ces objectifs étaient atteints, la santé des Québécois s'en trouverait forcément améliorée.

Des résultats appréciables ont été obtenus pour chacun de ces objectifs, mais l'amélioration optimale de la santé n'est pas forcément garantie par l'atteinte de ces objectifs organisationnels ou de pratique médicale. Les interventions et les soins de santé, de même que les ressources qui y sont affectées, tendent à être planifiés selon une logique qui leur est propre et qui ne se situe pas forcément dans une finalité de santé. Dans le cas des personnes âgées par exemple, l'objectif général de maintien à domicile a pu refléter d'abord une préoccupation de services et de sécurité du revenu à garantir à ces personnes. Le lien avec le maintien de l'autonomie de cette population n'a pas toujours été très clair. N'y aurait-il pas lieu, lorsque l'on pense à ajouter des établissements de santé dans le réseau, de considérer, au-delà des questions d'accessibilité géographique, l'impact qu'aura cet établissement sur certains indicateurs de santé[125].

2.3.2 *L'accessibilité aux soins*

Tous les Québécois ont-ils également accès aux soins de santé?

La suppression des obstacles à l'accessibilité de tous les Québécois aux services de santé était l'un des principaux objectifs de la Commission Castonguay. En 10 ans, cette accessibilité s'est grandement améliorée: de 1971 à 1980, le nombre annuel de contacts-patients, par habitant, a augmenté de 45,6% pour atteindre 5,62.

L'accroissement apparaît comme plus important chez les 5 à 14 ans, ainsi que chez les personnes âgées de plus de 65 ans[118].

En 1982, le taux de participation* des Québécois au système de soins était de 70,5% pour les hommes et de 81,5% pour les femmes[118].

2.3.2.1 L'accessibilité financière

La mise en place d'un régime universel d'assurance-maladie a considérablement réduit tous les obstacles financiers à l'accessibilité aux services de santé. On peut même dire qu'il s'est alors opéré une double redistribution au profit des groupes défavorisés. Tout d'abord, la gratuité des soins a permis que les membres des familles à bas revenus reçoivent plus de services qu'auparavant. Et puis, le régime est maintenant presque entièrement fiscalisé: le caractère progressif de l'impôt sur le revenu assure une répartition du financement plus équitable. **Le système québécois d'assurance-maladie aurait eu un impact redistributif particulièrement favorable aux familles nombreuses et aux individus les plus démunis**[126].

2.3.2.2 L'accessibilité culturelle

Il peut cependant subsister des obstacles à l'accessibilité de certains groupes sociaux. Ces obstacles sont le fait d'attitudes ou de comportements très particuliers de ces groupes vis-à-vis de leur santé en général, et du système de soins en particulier. Le milieu culturel, le niveau d'instruction, et le manque d'informations sont très souvent à l'origine de ces comportements. Si les individus membres de familles à bas revenus reçoivent maintenant plus de services que les individus des familles à revenu élevé, ils utilisent davantage les services de consultations externes et les salles d'urgence d'hôpitaux; ils consultent pour des problèmes plus graves et rarement à titre préventif[60].

2.3.2.3 L'accessibilité régionale

Le Québec est l'une des provinces canadiennes ayant le rapport médecins/population le plus élevé. En 1982, ce rapport s'établissait à 18 médecins pour 10 000 habitants: soit 9,1 omnipraticiens et 8,9 spécialistes[118].

L'accessibilité provinciale et régionale est particulièrement bonne pour les omnipraticiens, dont la proportion pour l'ensemble de méde-

* Proportion de la population ayant eu recours au moins une fois au cours de l'année à des services ambulatoires.

cins ne cesse de croître: elle atteignait 47% en 1978 et 51% en 1982[118].

Le rapport du nombre d'omnipraticiens à la population totale varie assez peu d'une région à l'autre. Mais pour les spécialistes, ces différences sont plus impressionnantes: le rapport spécialistes/population est 10 fois supérieur dans le Montréal métropolitain, à celui de l'Abitibi-Témiscamingue; les spécialistes étant surtout concentrés dans les villes universitaires.

La Régie d'assurance-maladie a calculé pour chaque région du Québec, les déficits ou les excédents dans la distribution régionale des services médicaux qu'il couvre. Un déficit ou un excédent est égal à la différence entre le coût total des services consommés (où que ce soit) par les bénéficiaires d'une région donnée et le coût des services dispensés par les médecins de cette région. Ainsi une région connaîtra un déficit en services médicaux, si les habitants de cette région consomment plus que ce qui est dispensé par les médecins de leur région. En 1982, il y avait trois régions excédentaires: la région de Québec, l'Estrie, et le Montréal métropolitain. Les régions les plus déficitaires étant la Côte-Nord, l'Abitibi-Témiscamingue, et le Bas-Saint-Laurent - Gaspésie, dont les déficits atteignaient respectivement 39%, 32% et 21% du total des services dispensés dans chacune des régions[118].

Ces chiffres mettent en lumière certains obstacles financiers qui peuvent subsister quant à l'accessibilité des habitants des régions éloignées. Même si les soins médicaux sont gratuits, ces personnes doivent parfois encourir pour obtenir les soins que leur santé nécessite, des frais importants de transport et d'hébergement qui s'ajoutent au coût de leur temps de travail perdu.

Même à l'intérieur d'une région, les distances peuvent constituer un obstacle à l'accessibilité. L'accessibilité est-elle identique pour les habitants de deux régions qui ont le même rapport médecins/population, mais dont la distance moyenne à parcourir pour trouver le médecin le plus proche varie du simple au quintuple? Ou bien, cette accessibilité différentielle est-elle la conséquence d'un choix de l'individu quant à son lieu de résidence?

Malgré tout, un effort considérable a été réalisé pour faciliter et généraliser l'accès des services de première ligne à l'ensemble de la population, grâce à la création des CLSC et de leurs 124 points de service à travers toute la province.

C'est pour les services de certains spécialistes, et pour certains services de réadaptation comme la physiothérapie, l'orthophonie,

l'ergothérapie, etc. que l'accessibilité régionale est encore très déficiente.

Cette pénurie risque même de s'aggraver, pour les services de médecins spécialistes, en raison de certaines tendances jugées préoccupantes. À la fin des années 1970, le nombre de postes d'internes et de résidents ont été contingentés. Le nombre de postes de résidents, autrefois réservés à la formation de spécialistes, est passé de 2 400 au début des années 1970 à 1 800 en 1983-1984. Or, sur ces 1 800, près de cinq cents postes sont aujourd'hui utilisés pour la résidence en médecine familiale ou le perfectionnement d'omnipraticiens, ne laissant qu'environ 1 300 postes pour la formation de spécialistes. Cette situation risque d'entraîner un vieillissement relativement plus rapide des médecins spécialistes au Québec, et à brève échéance, une pénurie de spécialistes dans un nombre croissant de domaines d'expertise.

2.3.2.4 L'accessibilité des malades chroniques est limitée

Le système de soins reste cependant mieux conçu pour répondre aux besoins des maladies aiguës qu'à ceux des maladies chroniques. Le recul récent de la mortalité des personnes âgées et l'augmentation concomitante du nombre de patients requérant des soins de long terme, n'ont pu que compliquer davantage la situation. Le manque de ressources adaptées aux besoins de ces patients peut s'analyser sous deux aspects différents.

L'engorgement des hôpitaux de court terme

L'engorgement des hôpitaux de court terme et la fermeture de leurs services d'urgence sont devenus un phénomène courant au Québec, et particulièrement dans la région de Montréal. Certains estiment que le problème n'est pas tant un problème de pénurie de lits, qu'une conséquence de l'utilisation inadéquate de ces lits d'hôpitaux[128].

Un certain nombre de lits d'hôpitaux de court terme sont en effet occupés par des patients en soins prolongés. Le taux d'occupation correspondant est de 17% en moyenne dans les hôpitaux de Montréal (et même de 30% pendant certaines périodes), donc largement supérieur à la norme de 10% imposée par le ministère des Affaires sociales en 1976*.

* *Source:* Conseil régional de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain.

Ces patients en soins prolongés ne sont pas tous des cas de gériatrie active, et ne nécessitent pas en général des soins très coûteux en établissement de courte durée. Ils occupent ces lits parce qu'il n'existe pas de solution de rechange. Car, les hôpitaux de soins prolongés ou les centres d'accueil n'offrent toujours ni de place disponible, ni le niveau de soins requis par ces patients. En même temps, un certain nombre de personnes âgées seraient hébergées sans que leur état justifie une institutionnalisation. La solution au problème de pénurie de lits vécue par les hôpitaux de court terme et à l'accessibilité des patients de long terme à des soins adéquats, requiert peut-être moins de fonds additionnels que l'usage adéquat de ressources existantes, l'imagination et le développement de ressources plus légères et mieux adaptées aux besoins des personnes âgées[128].

L'absence de soins adéquats pour certaines maladies chroniques

Le problème de l'accessibilité de malades chroniques à des soins adéquats dépasse cependant celui du nombre de lits disponibles. Le système de rémunération à l'acte, la technologie et même parfois l'attitude et la formation des professionnels de la santé font que les malades chroniques, qu'ils soient ou non hospitalisés, bénéficient de soins moins adéquats que les patients souffrant de problèmes aigus.

Les services de réadaptation sous toutes ses formes sont encore limités dans les centres hospitaliers de courte ou de longue durée. La plupart des établissements n'ont ni les ressources matérielles, ni les ressources humaines pour accorder des services de réadaptation de qualité, particulièrement aux personnes âgées.

L'absence de soins adéquats est plus criante pour certaines maladies chroniques que pour d'autres. Ainsi pour les personnes souffrant de maladies rhumatismales, la recherche et le niveau de connaissances d'une part, la formation des omnipraticiens et le nombre de spécialistes d'autre part, sont encore jugés nettement insuffisants, malgré des efforts récents, dans le sens notamment d'une formation accrue des jeunes médecins, et de la création d'unités de maladies rhumatismales dans les centres hospitaliers universitaires. Mais il existe encore peu d'informations sur les services disponibles ou sur leur efficacité.

Enfin, le système de soins, et également les professionnels de première ligne, ont peu à offrir aux personnes qui souffrent de

problèmes de santé mentale et en particulier aux suicidaires. Ces professionnels peuvent avoir tendance à juger que de tels problèmes ne sont pas de leur compétence. On peut se demander si un certain nombre de ces suicidaires n'auraient pas pu être dépistés lors d'une visite à un médecin pour troubles psychosomatiques.

2.3.3 Le système de soins et la technologie

Les sociétés de type occidental sont avant tout des sociétés technicisées: les plus grands espoirs sont fondés sur le développement technique et le secteur de la santé n'échappe pas à ce mouvement. Il existe au sein de la population des aspirations réelles à la découverte de médicaments ou d'appareils qui seraient enfin capables de guérir des maladies aujourd'hui incurables. Il est indéniable que la révolution technologique qui a transformé la pratique médicale depuis la dernière guerre a permis d'obtenir des gains substantiels. La mortalité infantile et maternelle, par exemple, a considérablement diminué. Les vaccins et les antibiotiques ont rendu superflus la plupart des lits d'hôpitaux réservés aux maladies infectieuses. Et l'on meurt moins souvent aujourd'hui du diabète ou d'un infarctus[129].

Cette révolution technologique a fait surgir un certain nombre de nouveaux problèmes éthiques et économiques qui se posent aujourd'hui avec une acuité particulière[130].

2.3.3.1 Une définition de la technologie

On peut définir la technologie comme la totalité des moyens employés pour procurer à l'homme les objets nécessaires à sa subsistance et à son confort. Tout ce qui utilise ou comprend un aspect technique peut être ou ne pas être d'inspiration technologique. En matière de santé par exemple, la technologie au sens large ne désigne pas seulement les instruments ou les techniques utilisées par les médecins. Elle fait également référence à la documentation, aux méthodes pédagogiques modernes, aux prothèses et instruments qui changent la vie pour les personnes handicapées ou à la gestion moderne des hôpitaux et des organismes de soins. Elle est constituée d'un réseau de techniques de plus en plus interdépendantes, dont l'hôpital moderne est une concentration particulièrement dense[129].

2.3.3.2 Les buts recherchés par l'innovation technologique en santé

L'introduction de nouvelles technologies se justifie en général par la poursuite d'un effort d'amélioration de la qualité des services rendus par le système de soins. Cette qualité peut s'apprécier selon trois aspects différents :

l'efficacité technique : celle-ci peut être accrue par des techniques permettant un meilleur dépistage ou un traitement plus efficace. Ces techniques s'apprécient habituellement par la réduction de la mortalité, de la morbidité ou de l'invalidité. On peut citer à cet effet les progrès de la chimiothérapie de certains cancers, les prothèses articulaires, les appareils d'hémodialyse et de transplantation rénale, les appareils de réanimation cardiaque.

l'économie : des économies importantes ont pu être réalisées par exemple grâce à l'automatisation de nombreuses techniques analytiques en biologie, ou par le développement de la dialyse rénale à domicile.

le confort et la sécurité : le confort et la sécurité des patients ont été grandement améliorés par l'utilisation, lors d'examens diagnostiques, de techniques non-invasives, comme la scintigraphie isotopique, l'échographie, et plus récemment par la scannographie.

2.3.3.3 L'informatisation du système de soins

L'informatique est étroitement intégrée à l'évolution technologique récente et future. Depuis quelques années en effet, les progrès de la micro-électronique ont multiplié les possibilités technologiques dans le domaine de la santé comme ailleurs, en raison de leur faible coût, de leur grande performance, et aussi de leur capacité à s'intégrer à d'autres technologies.

Les techniques informatiques sont par exemple utilisées dans **l'instrumentation de recherche**, grâce à leur capacité de traitement de données et de relations complexes[131]. Elles peuvent également être intégrées à d'autres techniques pour obtenir des **outils intelligents** (instrumentation technique). La télématique a permis de développer de précieux **instruments d'aide à la décision** : elle rend en effet accessibles aux professionnels, des banques de données spécialisées et des systèmes complexes d'aide aux diagnostics[131]. Ces techniques sont particulièrement précieuses pour les professionnels des régions éloignées.

Enfin l'informatique va également transformer la gestion hospitalière. La gestion informatisée des dossiers médicaux, encore peu

développée, pourra devenir la clef de voûte de tout un système d'information intégré à l'intérieur d'un hôpital et entre les hôpitaux. Elle pose cependant le problème de la confidentialité des données personnelles, et de l'impact sur l'organisation du travail dans les hôpitaux.

2.3.3.4 La technologie et l'accroissement des coûts

Mais ces techniques coûtent souvent très cher, tant par leur prix d'achat que par leur besoin de personnel qualifié.

On pourrait distinguer comme Lewis Thomas[132], la technologie réellement décisive (comme par exemple les méthodes modernes d'immunisation contre les maladies infantiles, ou l'usage des antibiotiques et de la chimiothérapie contre les infections d'origine bactérienne), technologie qui repose sur une compréhension authentique des mécanismes pathologiques. Elle est relativement peu coûteuse et facile d'emploi.

Au contraire, la technologie de moyen terme ne vise qu'à limiter les dégâts causés par la maladie ou à retarder l'échéance de la mort[130]. Or « lorsqu'une de ces nouvelles techniques voit le jour, les média ont toujours tendance à la représenter comme une découverte révolutionnaire et un triomphe de la thérapeutique, alors qu'il ne s'agit en fait que d'un pis-aller »[132].

Le coût de cette technologie est effectivement énorme. Surtout celui de la technologie thérapeutique, qui croît en raison directe de son degré de réussite. Plus les méthodes prolongeant les fonctions organiques et la vie d'un nombre croissant de gens sont nombreuses, et plus lourd devient le fardeau financier pour la société[130].

On a pu évaluer à environ 25%, la part du budget d'un hôpital universitaire québécois probablement dévolue à la mise en oeuvre de technologies thérapeutiques développées après la guerre, ayant pour résultat le maintien en vie et le rétablissement des fonctions organiques chez des catégories entières de malades pour qui auparavant il n'y avait rien à faire[130].

Le développement de la technologie thérapeutique de moyen terme a stimulé celui des moyens techniques de diagnostic, de plus en plus précis et sécuritaires. Même si leur coût unitaire d'achat est considérable, le coût d'amortissement et de fonctionnement est relativement faible. Il représentait en 1982 moins de 2% du budget d'exploitation du même hôpital universitaire[130].

On a d'autre part assisté à une automatisation massive d'un type particulier de techniques de diagnostic, employées dans les labora-

toires hospitaliers pour l'analyse des prélèvements de tissus et de liquides biologiques. Cette automatisation s'est accompagnée d'une diminution du coût unitaire des analyses. Mais la baisse du coût unitaire et la facilité d'accès à ces analyses ont entraîné une hausse considérable et parfois abusive de leur consommation. Il a été prouvé par exemple que l'accessibilité à un multianalyseur entraîne une surconsommation d'analyses. Elle crée des automatismes par lesquels on prescrit ou on interprète une prescription, en utilisant le nom du multianalyseur, plutôt que celui des analyses désirées ou nécessaires[133]. Il semble ainsi que la multiplication d'actes diagnostiques à un faible coût unitaire entraîne des dépenses supérieures à celles de la consommation de services diagnostiques ou thérapeutiques d'un coût unitaire élevé[134].

2.3.3.5 Comment se fait l'évaluation des innovations technologiques

Les décisions d'investissement reposent en principe sur la comparaison entre le coût marginal de l'investissement et le bénéfice marginal futur escompté de cet investissement. Dans le domaine de la santé, les choses se passent un peu différemment.

Pour apprécier la valeur d'une nouvelle technique au moment de son lancement et voir dans quelle mesure elle peut supplanter l'ancienne, une période de transition est souvent nécessaire. Pendant cette période, la nouvelle technologie est intégrée à l'arsenal des médecines diagnostiques et thérapeutiques, comme un élément supplémentaire du processus de soins. Il n'y a donc pas substitution d'une technologie par une nouvelle, jugée plus efficace, mais addition des deux. Et cet état de choses peut durer plus longtemps que la période nécessaire à l'implantation et à l'évaluation de la nouvelle technologie[129]. À une époque où le développement de la technologie est très rapide, ce double emploi est extrêmement lourd financièrement, surtout si l'évaluation de tout nouvel appareil se fait par sa diffusion à tous les hôpitaux en même temps (comme cela est souvent le cas en Amérique du Nord)[130].

Le progrès technique impose donc un effort particulier de la collectivité : celle-ci a le droit de réclamer des justifications aux dépenses ainsi générées. Mais quel type de justification faut-il rechercher, sur la base de l'efficacité diagnostique de l'appareil ou sur la base de l'amélioration de la santé des malades ? La profession médicale valorise l'étape diagnostique de son activité de la même manière que l'étape thérapeutique. Et il n'y a pas toujours de

véritable évaluation de l'efficacité d'une technologie à améliorer la santé de la population. L'évaluation technologique doit, d'une part, s'efforcer de vérifier la réalité des performances attendues de l'usage d'une technique et d'autre part, émettre un jugement de valeur sur le bilan de ses avantages et de ses inconvénients à la fois sur les individus et sur la société[129]. En fait, les bénéfices et les inconvénients d'une innovation technologique devraient pouvoir s'apprécier à deux niveaux différents:

— Il s'agit d'une part d'évaluer l'impact que peut avoir l'innovation technologique sur la santé de la population.

— Il s'agit d'autre part d'évaluer l'impact que peut avoir l'innovation technologique sur l'état des connaissances et sur la découverte de moyens d'intervention.

Les méthodes d'évaluation technologiques sont depuis longtemps utilisées dans le domaine biomédical, et notamment dans celui de l'expertise pharmaceutique. Mais jusqu'à une date assez récente, les instruments et appareils utilisés en médecine ont échappé à toute norme d'usage, bien qu'ils aient les mêmes effets potentiels, utiles ou néfastes, que les médicaments. C'est donc essentiellement à la technologie instrumentale que s'intéressent aujourd'hui les méthodes d'évaluation[129].

Il s'agirait donc de favoriser la recherche évaluative, de développer des méthodes spécifiques d'évaluation, d'évaluer les techniques au fur et à mesure où elles se présentent et de n'en diffuser que les meilleures. On devrait également favoriser la recherche dans les domaines où les besoins sont les plus importants et les bénéfices potentiels les plus grands. Enfin, il pourrait être utile de trouver des moyens incitatifs, financiers ou autres d'encourager les hôpitaux et les médecins à comparer de façon explicite les bénéfices de services additionnels aux coûts supplémentaires qu'ils entraînent[135].

2.3.3.6 Innovation technique et déontologie

L'accroissement considérable des technologies capables de prolonger la vie ou d'améliorer le fonctionnement des organes malades confère aujourd'hui une acuité toute particulière à certains problèmes déontologiques. Un de ces problèmes a trait à l'opportunité d'administrer tel ou tel traitement, du point de vue de l'individu, compte tenu par exemple de la qualité de la vie à laquelle il peut s'attendre si le traitement réussit à le faire vivre plus longtemps. Ce problème se double d'un autre plus récent qui est lié à l'évolution rapide des coûts et aux contraintes du financement, soit l'opportunité

du traitement vu sous l'angle de la société. Avons-nous par exemple les moyens de payer un stimulateur cardiaque à tous les gens qui en auraient besoin[130] ?

On a toutes les raisons de penser que si, dans les années à venir, la technologie peut contribuer notablement à diminuer les coûts de certains examens diagnostiques ou de certaines thérapies, il est illusoire d'en attendre un effet global allant dans le sens d'une baisse des dépenses de santé, comme le fait habituellement le progrès technique dans d'autres secteurs d'activité en accroissant la productivité. Surtout que, dans la plupart des cas, l'innovation s'accompagne d'une hausse des exigences en personnel qualifié.

Le système de soins se trouve aujourd'hui confronté à la capacité limitée de financement d'une société, atteinte par le ralentissement de la croissance économique et le vieillissement de la population. Cette contrainte est d'autant plus forte que depuis l'avènement de la gratuité des soins, le système est quasi entièrement financé par prélèvement fiscal. Cette situation laisse entrevoir la nécessité de choix ou de compromis nécessaires entre la gratuité universelle de soins, la conservation des acquis du système, tant au niveau de la qualité des soins que dans l'avènement de la recherche et de la technologie, et les investissements à réaliser dans certains secteurs moins techniques mais tout aussi prioritaires, comme les soins aux malades chroniques et aux personnes âgées. Elle suggère une réflexion sur le niveau optimal des dépenses de santé au Québec, ainsi que sur leur financement.

2.3.4 L'humanisation des soins

2.3.4.1 Le partage des responsabilités

La professionnalisation des problèmes sociaux

Le scénario technologique qui est celui des sociétés industrialisées a comme contre-partie une dépendance accrue de la population dans de nombreux aspects de sa vie quotidienne. Pour chaque problème, il existe aujourd'hui un spécialiste, un professionnel, qui possède seul les compétences techniques appropriées et qui est ainsi habilité à dire à l'individu ce qu'il doit faire. Tous les symptômes du vécu, peuvent être pris en charge par un professionnel qui fournira la solution appropriée.

On demande ainsi aux différents professionnels de la santé en général et au médecin en particulier, de résoudre seuls les problè-

mes d'alcoolisme, de solitude, de relations sexuelles ou affectives, etc.

D'une certaine façon, ce mouvement va à l'encontre de l'exercice de la responsabilité individuelle. Il peut en effet favoriser une certaine passivité de l'individu, face aux détenteurs des techniques et du savoir. Une des manifestations de cette passivité, est la surconsommation de médicaments et notamment de psychotropes, chez les groupes de la société les plus vulnérables (personnes âgées, assistés sociaux, femmes seules), avec les problèmes iatrogéniques et de dépendance associés à cette surconsommation.

On assiste à une certaine réaction contre cette forme de pouvoir des professionnels et au développement de mouvements de consommateurs, d'écologistes, de féministes et d'adeptes de l'autoprise en charge en général. Il est d'ailleurs frappant de constater que la santé a été et demeure la source d'inspiration et de mobilisation pour l'ensemble du mouvement féministe, et ce particulièrement en Amérique du Nord et au Québec[136].

L'accès accru des individus à une information pertinente, grâce aux possibilités offertes par l'informatique et les nouvelles techniques de communication, pourra probablement favoriser un certain rééquilibrage de la relation d'aide, et une meilleure prise en charge de sa santé par l'individu lui-même.

Le partage des responsabilités à l'intérieur du système de soins

Il existe à l'heure actuelle une certaine remise en question de la façon dont les médecins ont appris à partager leurs responsabilités avec les autres intervenants du système de soins. Plusieurs rapports ont fait état de la sous-utilisation des services infirmiers et des techniques de nursing dans le système de soins[26 137 138]. Cette sous-utilisation est à l'origine de situations ambiguës, voire conflictuelles quant au partage réel des responsabilités à l'intérieur d'un hôpital, qui sont rarement bénéfiques pour le patient.

À l'inverse, la profession médicale est mal intégrée à l'organisation et à la gestion du système de soins. « Au cours de la récente décennie, alors que la réforme Castonguay était implantée dans le domaine de la santé, la profession médicale est restée à l'écart de l'administration du réseau et de la définition des objectifs de santé, tant au niveau provincial, régional, qu'à celui des établissements »[136].

La participation du public : un système de soins à dimensions humaines

La Commission Castonguay a lancé le système de soins québécois dans une aventure originale en recommandant la création de Centres locaux de services communautaires (CLSC) ; il existe aujourd'hui 124 établissements à travers tout le Québec et ce nombre serait porté à 166 au cours des prochaines années.

Leur création participait d'un acte de confiance envers les individus, d'un appel à leur créativité, à leur initiative, à leur participation[139].

Si la création de ces centres de soins à dimension humaine a permis aux professionnels de se rapprocher de la population et de mieux connaître ses besoins réels, le rôle de cette population y reste encore passablement effacé au profit de celui des groupements professionnels, même à l'intérieur des conseils d'administration[140]. De plus, on a souvent reproché au gouvernement de tuer le mouvement bénévole en payant systématiquement les gens du milieu pour accomplir un travail qu'ils faisaient autrefois sans rémunération. Dans certaines régions cependant, surtout dans les régions éloignées, le manque de ressources incite à une très forte coopération et à une concertation entre le système de soins, le système éducatif et les réseaux de bénévoles face à un problème donné. Les professionnels du CLSC y cherchent davantage à appuyer et à encourager les initiatives locales, qu'à s'y substituer.

Ainsi, c'est surtout au niveau des services de première ligne que la participation des individus a effectivement permis une meilleure adéquation des services dispensés aux besoins de la population, ainsi qu'une plus forte intégration de ces services[141].

La situation est différente pour les soins plus spécialisés des niveaux secondaire et tertiaire. Pour ces niveaux, « les besoins des patients continuent à être définis selon les termes propres à l'organisation et les services continuent à être offerts selon les perspectives propres de cette organisation » (qui est l'hôpital, le plus souvent)[141].

Mais il reste beaucoup à faire au niveau des soins primaires, et notamment dans le domaine de la santé mentale.

On relève encore une certaine contradiction entre la vocation d'originalité et d'initiative des CLSC, et une certaine rigidité au niveau des structures, de l'autonomie financière, et de la négociation des conditions de travail qui se fait de façon centralisée, alors que la diversité des milieux et de leurs besoins exigerait une plus grande

souplesse. Certains CLSC avaient par exemple reconnu l'urgence des problèmes de santé mentale dans leur secteur, mais ont néanmoins été obligés d'utiliser leur marge de manoeuvre financière à la mise en oeuvre d'une politique de santé dentaire. Toutes ces difficultés sont cependant l'apanage d'un système original, qui n'a pas encore atteint sa maturité, et qui a dû pour se développer faire face à des résistances importantes de la plupart des milieux.

La participation du malade

Les malades restent très peu entendus dans le système de soins. La plupart du temps, leur point de vue est absent, dans l'administration et l'organisation des hôpitaux ainsi que dans la négociation des conditions de travail des professionnels et des employés du système de soins, dont ils subissent pourtant les répercussions, quand ils ne sont pas l'otage des conflits de pouvoir[142].

Les aspirations des malades ne concernent pas uniquement le droit à recevoir des soins adéquats. Ils expriment fréquemment le besoin d'être mieux informés sur les problèmes de santé dont ils souffrent, et de participer à la décision de leur traitement[143 144]. Il s'agit d'une dimension importante mais souvent négligée, faute de temps des intervenants, de l'humanisation des soins. Elle pourrait également se traduire par un meilleur contrôle sur leur milieu de vie, pour les patients de long terme.

L'humanisation des soins et l'acceptation de la mort

L'humanisation des soins peut justement impliquer dans certaines circonstances le droit de refuser un traitement prescrit et de choisir sa mort[145]. Ainsi, un malade condamné à brève échéance est parfois soumis à tout un ensemble de traitements médicaux dans le but de prolonger sa vie, sans égard à la qualité de la vie qui lui reste. Cette attitude des professionnels reflète tout un courant de pensée basé sur le rejet de la mort devenue peu à peu un tabou dans notre culture.

Mais aujourd'hui, « le droit de choisir sa mort est à ce point reconnu et revendiqué qu'il est, en certains milieux comme en Californie, **protégé par voie législative**, aux termes de laquelle un patient peut, par testament dit de vie, renoncer d'avance aux traitements extraordinaires sans que la responsabilité civile du médecin soit engagée[145] ».

Cette acceptation de la mort par les professionnels de la santé, suppose une organisation particulière des soins aux personnes atteintes d'une maladie incurable, à l'instar de ce qui se fait déjà dans certains milieux hospitaliers. Cette organisation fait essentiellement appel à des ressources non techniques du système de soins, comme une atmosphère de réconfort, d'écoute, ou de cordialité. Elle suppose de la part du personnel soignant une connaissance plus approfondie de la psychologie propre aux mourants, un apprentissage particulier ainsi qu'une plus grande conscience de ses réactions face à la mort[145].

2.3.4.2 Le système de rémunération

Le contact avec le médecin a toujours été un moment privilégié de communication avec le patient. Or à l'heure actuelle, le temps voué au contact humain est trop souvent déprécié par rapport aux dimensions techniques de la médecine. Le système de rémunération à l'acte a pu concourir à cette dépréciation. En effet, la plupart des services techniques sont rémunérés dans le système actuel, alors que le temps voué au contact humain ne l'est pas nécessairement[138].

D'autre part, le système de rémunération à l'acte a probablement contribué à la faible atteinte des objectifs de globalité et de continuité des services médicaux qu'avait fixés la Commission Castonguay au début des années 1970[138]. La rémunération à l'acte est peu appropriée pour certaines tâches et fonctions professionnelles, telles la participation à des comités hospitaliers, la gestion médicale, l'éducation sanitaire ou le maintien des connaissances. Elle va ainsi à l'encontre de l'intégration des médecins au milieu hospitalier et aux activités de gestion du système de soins. Elle ne favorise pas non plus la médecine préventive collective; elle traduit une relation de médecin à individu et non pas de médecin à groupes ou populations cibles. La globalité apparaît donc particulièrement insuffisante dans le système actuel[138].

La rémunération à l'acte va à l'encontre de l'objectif de continuité. La pratique individualiste qui caractérise ce mode de rémunération ne favorise pas de façon générale la participation à des équipes pluridisciplinaires[138]. On assiste aujourd'hui au même éparpillement des soins par spécialité alors que l'aspect de la continuité et de la communication est très important dans le traitement des maladies chroniques. Il existe même une certaine contradiction entre l'accent mis sur la formation d'un nombre croissant d'omnipraticiens et le manque d'insistance sur la continuité.

Le système de rémunération des médecins, comme d'ailleurs celui des autres professionnels de la santé, est un instrument assez complexe qui conditionne la pratique médicale, le temps consacré au patient de tout le personnel soignant, et la qualité des soins qui en résulte.

Il n'existe probablement pas de système de rémunération idéal pour les médecins. Mais on peut être frappé de la discordance entre les pathologies actuellement les plus fréquentes, qui sont de type chronique, le genre de services qu'elles nécessitent, et un système de rémunération prévu pour les problèmes aigus. **Le mode de rémunération devrait idéalement pouvoir être ajusté aux différentes fonctions médicales, aux objectifs poursuivis et aux clientèles visées.**

2.3.5 Les alternatives à la médecine classique

On assiste actuellement en Europe et en Amérique du Nord à une renaissance ou à une émergence des thérapies alternatives. Ces thérapies sont également qualifiées de médecines douces, médecines parallèles, médecines naturelles, etc. Aucune de ces expressions n'est satisfaisante mais chacune traduit un aspect de cette réalité. Quoiqu'imparfaite, l'expression thérapies alternatives semble la moins contestée.

Les thérapies alternatives sont nombreuses, les principales étant: l'acupuncture, la chiropractie, l'ostéopathie, l'homéopathie, la phytothérapie et la naturopathie. La nature généralement globale et peu violente de leur approche explique probablement l'appellation douces. D'autre part certaines d'entre elles restent marginales et non reconnues par le système de soins et peuvent, de ce fait, être considérées comme parallèles. Finalement l'appellation naturelles reflète la tendance de ces thérapies à trouver une réponse chez l'individu, par un renforcement des défenses naturelles et par l'absence de recours aux produits chimiques et aux interventions externes violentes[146 147 148]. Le recours accru aux thérapies alternatives serait selon plusieurs le résultat des limites de la médecine classique en particulier dans sa lutte contre les maladies chroniques[148 149 150]. Les patients souffrant de telles maladies finissent souvent par se tourner vers les thérapies alternatives après avoir épuisé les ressources de la médecine classique[150]. Une relation plus complète entre patient et praticien, et moins bousculée, donnant l'occasion d'un échange direct et continu, est aussi caractéristique des thérapies alternatives et ne semble pas étrangère aux succès rempor-

tés[147]. Leur développement est indéniable au Québec, même si l'on ne dispose pas de statistiques précises sur leur degré d'utilisation.

Les thérapies alternatives semblent être perçues comme une première forme de réponse aux limites du système de soins. Elles sont cependant davantage vues par la population comme des compléments que comme des substituts à la médecine classique.

Une autre forme de réponse est celle des groupes d'entraide et d'auto-prise en charge, qui se situent dans la vague des mouvements écologistes ou féministes, souvent en réaction contre la professionnalisation croissante de la société, particulièrement dans le domaine de la santé. Ces groupes recherchent et favorisent une réelle prise en charge de leur santé par les individus, au sein d'une communauté de gens partageant les mêmes problèmes, intérêts ou préoccupations[151 152 153].

2.3.6 Le système de soins a besoin d'objectifs de santé

L'avènement de la gratuité des soins et le développement d'un réseau de première ligne ont grandement contribué à améliorer l'accessibilité de l'ensemble de la population à des soins de santé.

L'évolution de l'état de santé des Québécois, la nature des problèmes qui les affectent principalement, l'adoption d'une vision plus positive de la santé qui mette notamment l'accent sur l'autonomie et la responsabilité individuelle, suggèrent cependant une orientation un peu différente de ces ressources du système de soins. Cette orientation pourrait se faire autour d'objectifs de santé jugés prioritaires, et permettrait au système de soins de mieux coordonner ses efforts avec ceux de l'ensemble des intervenants, dans le but d'améliorer la santé des Québécois.

L'expérience prouve en effet que chaque fois que le système de soins s'est défini des objectifs de santé, il a obtenu des résultats notables: dans le domaine de la périnatalité par exemple où le Québec, non satisfait d'avoir rattrappé son retard par rapport aux autres provinces, affiche aujourd'hui un taux de mortalité parmi les plus bas au Canada.

La définition d'objectifs de santé présenterait d'autre part l'avantage de fournir un cadre d'analyse cohérent pour évaluer les résultats des actions entreprises.

3. Pour une politique de santé

Quelles sont pour des actions visant à améliorer la santé, les implications d'une définition qui mette particulièrement l'accent sur l'autonomie de l'individu, et sur sa pleine capacité à réaliser les projets qu'il s'est fixés?

Quelles sont les leçons à tirer du bilan de l'état de santé des québécois qui met en relief les conséquences de différents problèmes de santé pour l'individu et pour la société dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale et économique? Quelles sont les nouvelles possibilités d'action offertes par une approche écologique de la santé, dont nous nous sommes servis pour essayer de débrouiller l'écheveau complexe de la dynamique et de l'interaction des différents déterminants des problèmes de santé actuels?

Toutes ces analyses et leurs résultats ont comme objectif de favoriser un certain consensus autour du concept d'amélioration de la santé et de ses orientations souhaitables. Il s'agit en effet de définir les enjeux d'une politique d'amélioration de la santé, mais également le rôle de chacun des acteurs de cette vaste entreprise, dont le système de soins est un élément. Les nouvelles approches pour l'amélioration de la santé conditionneront fortement à leur tour les objectifs prioritaires retenus et les moyens privilégiés qui seront proposés pour atteindre ces objectifs.

3.1 De nouveaux enjeux

Un enjeu représente ce que l'on risque de gagner ou de perdre, dans une entreprise ou dans une compétition donnée. L'enjeu final de notre entreprise, c'est d'améliorer la santé de la population. Mais cet enjeu global mérite d'être précisé. Les enjeux spécifiques proposés ici sont les conditions absolument nécessaires au succès de l'entreprise.

3.1.1 Un enrichissement du concept de santé

L'espérance de vie s'est très sensiblement améliorée, pour tous les âges, au cours de la dernière décennie et surtout depuis 1975. Mais certaines informations sont venues modérer notre optimisme: celles qui font ressortir l'ampleur des conséquences de la maladie dans la vie quotidienne des individus. Les restrictions d'activités, les

pertes d'autonomie, les incapacités de travailler sont parfois très importantes, surtout aux âges élevés. Il n'est pas du tout évident que l'espérance de vie en bonne santé des Québécois ait évolué comme l'espérance de vie ordinaire.

Ces résultats suggèrent un enrichissement du concept de santé. Il ne s'agit plus seulement de lutter contre la maladie et la mort, mais aussi de renforcer par tous les moyens la capacité de l'individu à s'adapter à son environnement et de mener à bien les projets qu'il s'est fixés, soit, comme le propose l'Organisation Mondiale de la Santé, de promouvoir pour l'ensemble de la population une vie socialement et économiquement féconde.

Selon cette optique, c'est l'ensemble des conséquences de la maladie dans la vie quotidienne des individus qui devront être prises en considération, pour savoir si l'on a réellement réussi à améliorer leur santé. On ne pourra pas non plus passer sous silence les conséquences de la maladie en termes de manque à gagner pour l'ensemble de la société et les bénéfices potentiels d'interventions, notamment dans le milieu de travail, qui auraient pour but d'en diminuer l'ampleur.

Enfin, le système de soins n'est plus le seul acteur dans une telle entreprise. Parmi les efforts destinés à promouvoir une vie socialement féconde, le diagnostic et le traitement des maladies et des incapacités peuvent dans certains cas n'avoir qu'une importance relative par rapport aux moyens non médicaux.

Mais la nature même des efforts du système de soins peut se trouver sensiblement modifiée dans cette nouvelle optique de promotion de la santé, dans le sens par exemple d'une place accrue qui serait accordée à toutes les actions de réadaptation des individus atteints par la maladie, et de maintien de leur autonomie. Elle suppose également que la pratique médicale s'appuie sur une conception plus holistique* de la santé, qu'elle ne le fait actuellement.

3.1.2 Un enrichissement de la prévention

Les limites de la prévention traditionnelle

C'est à la toute fin du XIX* siècle qu'est apparue la médecine préventive. Il s'agissait d'une nouvelle branche de la pratique médicale, dont l'objectif était d'empêcher l'éclosion des maladies infec-

* qui considère l'individu dans sa totalité, avec son pôle physique et son pôle psychique.

tieuses (vaccination, dépistage et isolement des malades infectés, spécialement pour la tuberculose et les maladies vénériennes). Très longtemps la médecine préventive a été associée aux actions de santé publique[154].

Après la Deuxième Guerre mondiale, deux phénomènes se sont manifestés: d'une part, le tableau pathologique a beaucoup changé, d'autre part, la médecine curative a connu des progrès spectaculaires, grâce au bond en avant des sciences et des techniques biologiques. La tentation de croire à leur toute puissance et de réduire la prévention médicale au dépistage précoce est devenue très forte. D'ailleurs, la santé publique et la prévention demeurent des parents pauvres à l'Université, même si elles ont connu des progrès importants, surtout depuis 10 ans.

On constate en effet depuis quelques années un intérêt accru du corps médical pour la prévention. Mais la pratique de la médecine a souvent privilégié l'action préventive individuelle, aux dépens d'une action sur l'environnement.

De plus, dans une société qui est de plus en plus professionnalisée, la prévention purement individuelle risque de déboucher sur certaines formes de contrôle social. On ne saurait s'écarter de certaines normes de comportement (allaitement, nutrition, etc.) sans culpabilité voire sans répression sociale, et la légitimité scientifique de ces normes est souvent faible.

Vers un enrichissement de la notion de prévention

Depuis une dizaine d'années cependant, s'est amorcée une nouvelle réflexion qui vient compléter l'approche préventive traditionnelle axée sur l'individu. La dimension collective des problèmes de santé apparaît de plus en plus claire. On assiste, notamment au Québec, au développement d'une médecine communautaire, caractérisée par la conjonction de deux concepts: l'importance croissante d'impliquer les collectivités et les usagers dans l'élaboration des actions sanitaires et **la nécessité de développer des approches qui intègrent les actions curatives et préventives**.

À l'heure actuelle, les politiques de prévention cherchent donc davantage à tenir compte des déterminants de l'environnement sur la santé et particulièrement de l'environnement socio-économique. L'importance de ces déterminants est apparue à la conscience des chercheurs, donnant naissance à l'épidémiologie sociale.

Dans ces travaux, les modèles qui tentent d'expliquer la façon dont l'environnement influe sur la santé sont complexes, supposent

une réflexion très approfondie et un appel à l'utilisation simultanée des disciplines épidémiologique, sociologique, psychologique, et économique. Mais cette complexité des phénomènes est telle qu'il n'existe encore aucun effort global de théorisation digne de ce nom capable d'intégrer des variables médicales, psychologiques et sociologiques dans un modèle dynamique d'explication des processus patho-physiologiques[155]. Cependant, la mise en évidence, grâce à l'épidémiologie sociale, d'un certain nombre de relations entre des variables telles que la personnalité, le statut social, les valeurs du milieu, les conditions de vie et de travail, les problèmes de santé physique et mentale, l'adoption de comportements constituant un risque pour la santé, permet d'offrir un support plus riche et un champ d'action plus large à la conception d'un certain nombre de mesures préventives. Elle a également permis de mettre en relief certaines combinaisons de facteurs, dans l'environnement social, qui favorisent la santé.

L'accumulation des connaissances sur le rôle de la famille, du voisinage, de l'école et du lieu de travail, dans le maintien de la santé ne fait que confirmer l'importance de ce nouvel axe de la prévention.

Dans cette optique, les deux objectifs d'une prévention élargie deviennent ainsi:

a) Essayer de réduire non seulement les risques physiques, biologiques et chimiques, mais également les risques provenant de l'environnement social et économique.
b) Encourager et renforcer le support social et les autres facteurs de l'environnement qui constituent une protection pour l'individu.

3.1.3 Un enrichissement du concept de responsabilité

Toutes les controverses qui se créent autour de la responsabilité individuelle en matière de santé prennent leur source dans la signification même du concept de responsabilité. Ce concept est en effet ambigu. Dès le début du XIV[e] siècle, la responsabilité était synonyme de faute, d'imputabilité. Selon le Code civil actuel, elle se traduit par « l'obligation de réparer les dommages que l'on a causés par sa faute ». Pendant longtemps, la responsabilité n'a été associée qu'à la culpabilité: chercher le responsable, c'est-à-dire le coupable. La notion de responsabilité a par la suite évolué dans le sens de pouvoir de décision: est responsable celui qui dirige, qui assume, qui prend en charge, qui a le contrôle. Cette évolution donne à notre

avis tout son sens au débat sur la responsabilité individuelle dans le domaine de la santé.

Si on ne peut tenir l'individu pour coupable de toutes les atteintes à sa santé, tous les efforts devraient être entrepris pour augmenter son pouvoir de décision sur les différents aspects de sa vie et notamment sur sa santé.

De nombreuses contraintes pèsent sur l'exercice de la liberté individuelle

Une des conséquences de la professionnalisation croissante de la société est d'avoir créé une dépendance importante de l'individu dans plusieurs aspects de sa vie quotidienne. Pour chaque problème il existe aujourd'hui un spécialiste, un professionnel, qui possède seul les compétences techniques appropriées et qui est ainsi habilité à dire à l'individu ce qu'il doit faire. Ce scénario technologique a provoqué en réaction des mouvements importants de personnes qui cherchent à reprendre le contrôle sur leur façon de vivre.

Mais l'évolution rapide des techniques informatiques et de communication devrait cependant favoriser une meilleure diffusion des connaissances, un accès accru des individus à une information pertinente, et une meilleure prise en charge par eux-mêmes de leur vie en général et de leur santé en particulier.

Mais pour certaines personnes, ou dans certaines situations, l'exercice de la responsabilité individuelle est réellement difficile: face à des situations de chômage prolongé, de pauvreté et d'isolement chroniques, ou dans un contexte de travail caractérisé par l'absence d'autonomie. Les individus concernés ne peuvent qu'éprouver un sentiment profond d'impuissance, de manque de contrôle sur les situations qu'ils vivent, et d'incapacité à les modifier.

Ce sentiment d'impuissance déteint sur les attitudes et les comportements vis-à-vis de la santé. Comment, en effet, dans un tel contexte, supposer qu'on ait le pouvoir de l'influencer positivement? Ce sentiment ne favorise pas l'adoption de comportements préventifs. Il ne peut être qu'aggravé par un manque chronique d'informations. Le niveau de contrôle et de responsabilité augmente en effet avec l'information dont on dispose, et notamment avec le niveau d'instruction.

Enfin, la responsabilité individuelle vis-à-vis de la santé est peu encouragée par la relation d'aide traditionnelle, qui est une relation autorité-passivité. Et cette passivité de l'individu face au professionnel est manifeste aujourd'hui dans un nombre important de problèmes de sa vie quotidienne.

L'exercice de la responsabilité individuelle varie selon les déterminants de la santé

Un certain nombre de déterminants restent hors de portée de la responsabilité et de l'action individuelle immédiate, et spécialement tous ceux qui se situent dans l'environnement. La responsabilité première en incombe alors à ceux qui ont un pouvoir de contrôle sur ces déterminants.

— Les différents niveaux de pouvoir public peuvent agir par exemple, sur un nombre important de déterminants de l'environnement physique ou économique: ils peuvent en effet légiférer en matière de protection de l'environnement ou de normes de sécurité au travail. Ils peuvent avoir un certain impact sur le chômage ou sur la sécurité du revenu. Ils décident des normes éducatives et de la formation professionnelle, de l'état des routes et de l'aménagement urbain. Dans ces domaines, la responsabilité individuelle ne peut s'exercer que par le biais des élections, par la voix de différents groupes de pression officiels (syndicats) ou non officiels (écologistes, pacifistes, féministes, etc.), ainsi que par les différents média d'information.

— Le système de soins est le seul à offrir à l'ensemble de la population des services adéquats: qualité, efficacité, accessibilité. Mais l'individu peut améliorer son contrôle sur la nature, la qualité ou la quantité des services offerts. L'information joue à cet égard un rôle déterminant, ainsi que le regroupement des personnes présentant les mêmes intérêts et leur degré de participation dans le système.

— La responsabilité de la santé et de la sécurité en milieu de travail est partagée entre l'entreprise et les employés: c'est en effet l'entreprise qui contrôle l'environnement de travail, à l'intérieur de certaines contraintes, ainsi que les caractéristiques organisationnelles et économiques. Mais l'individu lui-même peut prendre inconsciemment ou consciemment un certain nombre de risques. Il devrait pouvoir également, s'il dispose des informations suffisantes sur les risques à sa santé et à sa sécurité qui sont présents dans son milieu de travail, réclamer, par l'intermédiaire du syndicat ou d'une autre structure, une modification des conditions de travail. Les conditions favorables à ce type de pression (importance de la santé-sécurité au travail dans les objectifs de gestion de l'entreprise, contraintes de la rentabilité, taille de l'entreprise, présence d'un syndicat, existence de l'information adéquate, attitudes des employés), sont loin d'être universelle-

ment remplies. En outre, il est particulièrement difficile, en milieu de travail, de faire bouger la frontière des responsabilités entre les différents acteurs.

— Enfin l'environnement social peut grandement favoriser, ou au contraire constituer un obstacle important, à l'exercice de la responsabilité individuelle vis-à-vis de la santé. Toutes les possibilités qui sont offertes à l'individu par sa famille, ses amis, son voisinage, par l'école, dans le cadre de son travail, ou de ses loisirs, par des groupes d'entraide ou d'auto-prise en charge, de sortir de son isolement affectif, matériel et informatif, contribuent à augmenter le sentiment d'estime de soi, de contrôle que l'individu possède sur sa vie, et à faciliter la solution de ses problèmes, et par ce fait même à augmenter sa responsabilité vis-à-vis de sa santé.

La responsabilité individuelle est inhérente à la nature humaine: il appartiendra toujours à l'individu en dernier ressort, d'aller ou non consulter un médecin, d'accepter ou non un emploi à risques, de boire, fumer, trop manger, ou de s'en abstenir. Mais si l'on cherche à promouvoir la santé d'une population, c'est-à-dire l'atteinte pour chacun de ses membres d'une vie socialement féconde, d'autres que l'individu ont le pouvoir de modifier certaines données de l'environnement dans un sens plus favorable. Le rôle de la responsabilité individuelle est alors d'exercer une pression pour que les premiers responsables agissent en conséquence, d'acquérir l'information nécessaire et d'aider d'autres à l'acquérir, pour augmenter à la fois leur champ d'action, leur pouvoir de pression et leur autonomie dans le domaine de la santé.

3.1.4 Un élargissement de la notion d'inégalité

Les inégalités face à la santé peuvent s'analyser selon trois aspects différents: l'inégalité de risques à la santé, l'inégalité des atteintes à la santé et l'inégalité des conséquences de la maladie.

C'est l'inégalité des **atteintes** à la santé qui est dénoncée dans la plupart des études: les taux de mortalité, de morbidité, d'incapacité augmentent en général, lorsque le milieu socio-économique (occupation, revenu, instruction, quartier) est moins favorable.

Mais les inégalités sont présentes à la source: certains milieux sont en effet des concentrateurs de risque. On y retrouve par exemple un niveau d'instruction et de ressources peu élevé. L'accès au marché du travail se limite souvent à des emplois peu spécialisés où les risques d'accidents et d'usure professionnelle sont particuliè-

rement élevés. Ces milieux connaissent également une certaine insécurité économique, due à un chômage fréquent. Un tel contexte se traduit souvent par des attitudes plus fatalistes que préventives, et par le développement d'habitudes de vie nuisibles à la santé.

Ces inégalités se traduisent rapidement par une détérioration des indicateurs de santé par rapport à ceux des groupes plus favorisés. Cette détérioration est particulièrement flagrante entre 45 et 64 ans, âge auquel les symptômes d'usure précoce des travailleurs se manifestent dans toute leur gravité.

Mais ces inégalités s'aggravent au niveau des conséquences de la maladie: différents facteurs socio-économiques, et particulièrement le niveau d'instruction, peuvent influencer les conséquences de certaines limitations fonctionnelles. À la suite de telles limitations, les gens des catégories socio-professionnelles plus aisées auront souvent davantage de possibilités en termes de maintien sur le marché du travail, de réadaptation et de mobilité professionnelle latérale. L'impact financier et social sera donc moins grave que pour ceux qui sont au bas de l'échelle. Il existe au contraire pour ces derniers une forte probabilité de devenir des chômeurs chroniques et des assistés sociaux.

C'est toute cette dynamique que l'on qualifie de cercle vicieux santé-pauvreté. Réduire les inégalités de santé, c'est agir en amont de la maladie, par l'éducation ou l'amélioration des conditions de vie et de travail, et toute forme de lutte contre la pauvreté, mais c'est également s'efforcer d'en diminuer les conséquences pour l'individu et sa famille. Cette orientation suppose toute une conjonction d'efforts axés vers la réadaptation, la réorientation professionnelle, la réinsertion sociale, ou un soutien effectif du revenu de l'individu handicapé par la maladie ou par un accident.

3.2 Des principes généraux d'actions

L'amélioration de la santé nous paraît ainsi comporter un certain nombre d'enjeux spécifiques tels que: l'enrichissement des concepts de santé, de prévention et de responsabilité ainsi que l'élargissement de la notion d'inégalités. Elle suppose d'autre part une prise de conscience de la part des différents acteurs du domaine de la santé de leurs possibilités réelles d'action et des principes généraux qui doivent guider cette action pour que l'amélioration de la santé devienne une réalité.

3.2.1 Améliorer l'acquisition et la diffusion des connaissances dans le domaine de la santé

L'acquisition des connaissances relatives à la santé, **dès l'âge scolaire**, est une condition essentielle au plein exercice de la responsabilité individuelle vis-à-vis de sa santé. L'individu doit être informé des risques auxquels son environnement l'expose. Il doit également avoir connaissance des moyens et des ressources qui sont disponibles pour se maintenir en santé, à l'intérieur et à l'extérieur du système de soins. Il sera ainsi plus apte à faire pression pour que certaines données de son environnement soient modifiées, à réclamer des services adéquats, à sortir de sa passivité dans ses relations avec les différents professionnels de la santé, et à accroître ainsi son sentiment de responsabilité vis-à-vis de sa santé.

Il doit également être informé des risques, ou des bienfaits auxquels l'exposent certaines de ses habitudes de vie. La modification des habitudes de vie dans un sens favorable à la santé est l'enjeu traditionnel des politiques d'éducation sanitaire.

Un rapport récent de l'Organisation Mondiale de la Santé souligne l'importance des transformations qui s'effectuent actuellement avec les nouvelles approches d'éducation sanitaire. À l'origine, l'accent était mis sur la transmission d'informations sanitaires pertinentes au grand public.

Aujourd'hui l'éducation pour la santé n'est plus axée sur l'intervention, mais sur la participation de la communauté. Les membres de la communauté ont besoin de faire comprendre leur culture sanitaire aux éducateurs sanitaires, et leur comportement face aux possibilités d'aide thérapeutique qui leur sont offertes, ainsi que de la perception qu'ils ont de leurs propres problèmes de santé[156].

L'amélioration des connaissances dans le domaine de la santé touche également la formation des intervenants en santé. Les enjeux de la promotion de la santé suggèrent que celle-ci s'appuie davantage sur une approche holistique qui considère l'individu dans sa totalité, avec son pôle psychique et son pôle physique. On ne peut qu'encourager dans ce sens une pratique d'enseignement par problèmes, tels que le suicide, les personnes âgées, la grossesse chez les adolescentes, etc., plutôt que par organe. Ils suggèrent également que la formation reçue intègre mieux les aspects de prévention aux aspects de traitement, et favorise une approche communautaire, plutôt qu'uniquement individuelle. Ils requièrent enfin une certaine réorientation de la formation au bénéfice de personnes qui ne reçoivent pas forcément de services adéquats, comme

les personnes âgées, les suicidaires, et toutes les personnes souffrant de problèmes chroniques physiques ou mentaux et dont l'autonomie et les capacités pourraient être grandement améliorées par une réadaptation bien conçue.

La recherche est elle-même une composante essentielle de l'acquisition des connaissances. Les objectifs prioritaires de promotion de la santé permettront d'identifier de nouveaux champs pour la recherche, ou des efforts accrus pour certains qui existent déjà. « Or il apparaît que pour le présent et les vingt ans à venir, un nouvel abord serait plus opérationnel, à savoir de considérer l'homme sain et malade dans son développement — de la conception à la mort — et dans son environnement physique, biologique et psychosocial. Ce type d'analyse fait apparaître de nouveaux champs de recherche, d'action et d'organisation en médecine pour les vingt prochaines années »[31].

Enfin, toute politique d'amélioration de la santé doit s'appuyer sur une information vaste et régulière sur la population et son état de santé. Elle suppose ainsi l'élaboration et la mise à jour d'indicateurs de santé pertinents, et par conséquent, la tenue d'enquêtes périodiques sur la santé de la population.

On ne peut conclure sans souligner les possibilités fantastiques qu'offrent dès aujourd'hui les nouvelles techniques informatiques et de communication. Elles permettront aux professionnels de la santé, et en particulier aux médecins, d'accéder à des banques de données techniques et scientifiques d'un volume considérable, ainsi qu'à des systèmes experts d'aide au diagnostic. Ces techniques sont particulièrement précieuses pour les professionnels des régions éloignées.

Elle devraient également permettre un accès accru des autres intervenants dans le domaine de la santé (chercheurs, enseignants, planificateurs) et des individus eux-mêmes à une information beaucoup plus complète et pertinente. Elles favorisent, grâce à cette diffusion des connaissances, une meilleure prise en charge des individus par eux-mêmes.

3.2.2 *Améliorer la prise en compte de la dimension santé dans les interventions publiques*

La cohérence et la coordination des interventions publiques supposent que les principaux acteurs soient conscients des conséquences sur la santé de la population des gestes qu'ils posent.

Cela n'est pas toujours le cas, ni dans le choix des priorités d'action, ni dans la gestion de la politique économique et sociale, ni dans l'action législative et réglementaire des principaux ministères.

La gestion de la politique économique et sociale affecte souvent de façon importante l'environnement économique et social d'une population. Certaines décisions économiques peuvent contribuer au développement d'une région, ou au contraire à son déclin, et provoquer des mouvements importants de population ou de chômage chronique, qui ont à leur tour des répercussions sur la situation financière et sur l'harmonie sociale et familiale des individus concernés et sur leur santé mentale et physique.

L'ensemble des décideurs publics disposent aujourd'hui, peut-être à leur insu ou contre leur gré, d'un arsenal assez impressionnant de moyens susceptibles de promouvoir ou de compromettre les chances d'une vie socialement et économiquement féconde. Or, ils ont souvent tendance à juger que le ministère des Affaires sociales est le seul responsable de la santé de la population, alors que cet organisme consacre une certaine partie de ses ressources à réparer les conséquences des décisions de ses collègues ou d'autres instances publiques.

La prise de conscience par les différents détenteurs du pouvoir législatif et réglementaire, des conséquences de leurs décisions sur la santé des individus, permettrait peut être d'en améliorer la cohérence et la coordination.

Enfin, l'État comme employeur, ne doit pas se soustraire aux normes et aux structures qu'il a lui-même établies comme législateur.

3.2.3 Attitudes et pratique des professionnels de la santé

Les nouveaux enjeux de l'amélioration de la santé suggèrent certaines réorientations dans les attitudes et la pratique des professionnels de la santé. Comme par exemple:

— Une conception plus holistique de l'individu et de ses problèmes de santé, et une revalorisation des aspects humains de la pratique médicale par rapport aux aspects techniques.

— Des efforts accrus pour offrir des services plus adéquats à une clientèle aujourd'hui relativement moins bien desservie par le système de soins: services légers aux personnes âgées, services de réadaptation aux malades chroniques, soins de première ligne

aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale, services aux enfants handicapés et coordination de ces services, notamment dans les régions éloignées, soins aux mourants etc.

— Une attitude favorable au renforcement de la responsabilité individuelle vis-à-vis de la santé: information accrue, relation d'aide plus équilibrée, participation des malades au choix du traitement, participation de la population à l'élaboration de programmes de santé communautaire et d'éducation sanitaire, soutien par les professionnels de la santé des initiatives locales dans le domaine de la santé, allant dans le sens d'une auto-prise en charge de certains problèmes et non de substitution à ces initiatives.

— Enfin les différents intervenants du système de soins pourraient attacher davantage d'importance à l'évaluation des interventions, technologies ou procédures qu'ils préconisent. Cette évaluation devrait notamment comparer les bénéfices réels, à court et à long terme, de ces interventions sur la santé (au sens élargi) de la population, aux coûts supplémentaires qu'elles occasionnent. La fixation d'objectifs de santé, à différents niveaux du système de soins, est un préalable à cette évaluation.

3.2.4 L'importance des milieux de vie

L'approche écologique de la santé confère aux différents milieux de vie un rôle essentiel dans le processus de détérioration ou au contraire d'amélioration de la santé d'une population.

Tous les individus, groupes, ou organismes qui disposent d'un certain pouvoir de contrôle sur les milieux de vie, devraient être conscients des conséquences favorables ou défavorables de cet environnement sur la santé physique et mentale des individus qui y vivent quotidiennement.

La famille, les amis, le voisinage, jouent un rôle de support social affectif, normatif, cognitif, matériel, dont l'absence constitue en elle-même un facteur de risque important, et dont la présence contribue à rendre l'individu moins vulnérable à d'autres risques. Les groupes d'entraide qui oeuvrent pour un problème particulier (alcoolisme, drogue, dépression post-partum, veuvage, etc.) ou dans un secteur donné, sont également une source potentielle considérable de support, surtout si la composante naturelle (famille, amis) fait défaut.

De nombreux travaux de psychiatrie communautaire mentionnent l'importance du rôle que joue l'école, comme lieu d'identification et de socialisation de l'enfant. Ils insistent notamment sur les caractéristiques physiques de l'école (taille, situation, ressources), la

personnalité des dirigeants, et surtout sur la nature des relations entre l'enfant et l'enseignant. Le milieu scolaire offre des possibilités de dépistage de certains problèmes de développement moteur, affectif, de troubles émotionnels et d'apprentissage, et des possibilités d'intervention et de support qui sont encore sous-utilisées.

Enfin le milieu de travail joue un rôle souvent décisif dans la promotion d'une vie socialement et économiquement féconde. Ceux qui sont absents du marché du travail (chômeurs, assistés sociaux, femmes à la maison, personnes âgées) connaissent des problèmes de santé que l'on peut attribuer en partie à un sentiment de dévalorisation et de mise à l'écart. Ceux qui sont présents sur le marché du travail sont exposés de façon très inégale à des risques d'accidents, de maladies professionnelles, de stress, de maux et malaises divers ou d'usure précoce.

L'organisation et les relations de travail ainsi que la nature de la tâche, sont, tout autant que l'environnement physique de travail, à l'origine de ces risques. De plus, ils constituent une source importante des inégalités de santé que l'on constate dans la population adulte.

3.3 Les objectifs prioritaires d'une politique de santé

Quels pourraient être les objectifs prioritaires d'amélioration de la santé au Québec pour les 15 prochaines années? Quels devraient être les pivots autour desquels se coordonneraient les efforts de tous les acteurs du domaine de la santé?

L'analyse du bilan de la santé des Québécois et la prise en considération des nouveaux enjeux d'amélioration de la santé nous ont amenés à proposer un certain nombre de ces objectifs. Il s'agit de l'aboutissement d'une démarche qui se veut **exploratoire**, ne serait-ce qu'en raison du concept peu traditionnel de santé sur lequel elle est bâtie. Les moyens privilégiés que l'on propose pour atteindre ces objectifs sont, dans certains cas, davantage des orientations ou des pistes prometteuses, que des actions précises dont l'efficacité a été prouvée.

Ces objectifs sont ceux d'une **politique de santé**, c'est-à-dire d'une politique dont **l'objectif principal est d'améliorer la santé de la population**. Mais leur atteinte suppose également une prise de conscience accrue par toutes les instances publiques et privées de la dimension santé dans leurs interventions. **Ainsi la mise en oeuvre d'une politique de développement social, d'accroisse-**

ment du niveau de formation et d'information de la population, et de réduction des inégalités, est-elle essentielle à la promotion, pour l'ensemble de la population, d'une vie socialement et économiquement féconde.

Enfin, ces objectifs sont des **objectifs de santé** qui découlent du bilan de santé des Québécois, et qui sont définis en fonction d'indicateurs de santé par pathologie et/ou par cycle vital. Ils sont ainsi plus opérationnels et correspondent davantage au vécu et aux besoins de la population, que des objectifs d'action sur les déterminants ou d'organisation du système de soins. Nous avons plutôt choisi de spécifier la nature souhaitée de l'action sur un déterminant (comme le tabagisme, l'alcoolisme ou les risques en milieu de travail), ou de l'intervention du système de soins, en fonction d'un objectif de santé précis.

Nous avons suivi le processus suivant:

— Identification des critères devant appuyer le choix des objectifs;
— Choix des objectifs généraux de promotion de la santé;
— Choix des objectifs spécifiques de promotion de la santé par cycle de vie;
— Choix des moyens privilégiés pour atteindre ces objectifs.

3.3.1 L'identification des critères

Le choix d'objectifs de santé suppose que l'on ait préalablement établi un certain nombre de critères pour ces objectifs.

Ces critères sont les suivants:

— **Fréquence du problème**: soit la prévalence (nombre de cas existant dans la population) ou incidence (nombre de nouveaux cas au cours de l'année considérée). Les données dont on dispose le plus généralement sont des données de prévalence.
— **Gravité du problème**: soit les conséquences du problème de santé pour l'individu dans leurs dimensions physique et mentale: handicap, souffrance, restriction d'activité, mortalité prématurée.
— **Impact du problème**: soit les conséquences du problème sur le plan de la vie familiale, de l'équilibre psychologique, de l'intégration sociale ou des ressources financières de l'individu.
— **Situation particulière du Québec**: importance du problème de santé au Québec, par rapport aux autres provinces du Canada ou aux pays industrialisés de type occidental.

— **Potentiel de réduction des inégalités**: problème de santé pour lequel les inégalités entre sexes, régions ou groupes sociaux sont particulièrement flagrantes et susceptibles d'être réduites.
— **Faisabilité**: possibilités réelles d'intervention sur le problème de santé.
— **Importance des coûts directs**: soit l'importance des dépenses de santé accaparées par le problème considéré. Cette importance résulte de la conjonction de plusieurs éléments: volonté délibérée d'investir dans la lutte contre le problème en question, nature des ressources utilisées pour le traiter (et notamment recours plus ou moins fréquent à l'hospitalisation), prévalence du problème dans la population et comportement de recours aux soins de la population qui en souffre.
— **Importance du manque à gagner pour l'ensemble de la société**: soit l'importance des conséquences du problème de santé en termes de pertes de production, du fait de la mortalité prématurée, ou de l'incapacité d'exercer l'activité principale (de façon permanente ou temporaire).
— **Consensus social**: ce critère se veut l'interprète des attentes, ou de la réceptivité du public face au problème de santé considéré.

3.3.2 Le choix d'objectifs généraux d'amélioration de la santé

L'importance relative de ces différents critères est celle qui a résulté de notre consensus. Elle a permis d'appuyer le choix d'objectifs généraux de promotion de la santé, tels que:

— **L'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé.**
— **La diminution de l'incidence, de la gravité et de l'impact des maladies chroniques qui entraînent incapacité et souffrance.**
— **La réduction de la mortalité prématurée, notamment sous sa forme violente.**
— **La diminution des inégalités face à la santé.**
— **La diminution de l'incidence, de la gravité et de l'impact des problèmes de santé mentale.**

Tous ces objectifs ne sont pas mutuellement exclusifs. Ils suggèrent cependant chacun une orientation particulière des actions de promotion de la santé. Ils ne sont pas non plus hiérarchisés, même si l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé constitue en fait l'enjeu final de chacun des autres objectifs.

3.3.3 Le choix d'objectifs spécifiques d'amélioration de la santé

Afin d'éclairer les perspectives d'action, on s'est par la suite efforcé de définir des objectifs plus spécifiques de promotion de la santé. La spécificité de ces objectifs pouvait provenir du groupe d'âge, du problème de santé ou du milieu visé. L'exercice a rapidement démontré la difficulté de procéder à un tel choix pour chacun des objectifs généraux retenus, du fait de la non exclusivité.

Dans une optique d'intervention, il a semblé préférable de regrouper les objectifs spécifiques par cycle de vie, en privilégiant justement ceux d'entre eux qui semblaient le mieux favoriser l'atteinte des objectifs généraux d'amélioration de la santé.

Les objectifs spécifiques ainsi choisis sont les suivants:

— **Les enfants de 0 à 5 ans**:

1. Diminuer le nombre de naissances présentant de graves anomalies ainsi que l'impact de ces anomalies pour l'enfant et sa famille.
2. Favoriser le développement affectif et social des enfants de 0 à 5 ans.

— **Les jeunes de 6 à 24 ans**:

3. Diminuer les morts par accidents de la route chez les jeunes de 6 à 24 ans.
4. Diminuer le nombre de grossesses non désirées et leur impact chez les adolescentes.
5. Diminuer l'incidence et la gravité des problèmes de santé mentale chez les jeunes de 15 à 24 ans.

— **La population âgée de 25 à 64 ans**:

6. Diminuer l'incidence, la gravité et l'impact des problèmes de santé physique et mentale en milieu de travail.
7. Diminuer l'incidence et l'impact des maladies cardio-vasculaires.
8. Diminuer l'incidence, la gravité et l'impact des problèmes ostéo-articulaires.
9. Diminuer l'incidence et l'impact des cancers.

— **Les personnes âgées de 65 ans et plus**:

10. Favoriser l'autonomie des personnes âgées.

La nature des données disponibles dans le bilan de santé impose une formulation quelque peu médicale pour certains de ces objectifs, alors que leur atteinte dépasse largement le champ d'action du seul système de soins.

Les pathologies retenues dans la définition d'objectifs spécifiques de santé à certains âges sont cependant celles qui répondent le mieux aux critères de choix qui ont été définis au début du processus. On a retenu pour la plupart de ces pathologies **les trois niveaux d'intervention possibles**, pour des actions destinées à améliorer l'espérance de vie en bonne santé, et à promouvoir une vie socialement et économiquement féconde, soit: **une diminution de l'incidence**, qui fait appel à tous les moyens que l'on peut envisager dans le cadre d'une prévention élargie, **une diminution de la gravité**, pour laquelle le système de soins joue un rôle essentiel, **une diminution de l'impact**, c'est-à-dire des conséquences de la maladie sur le plan psychologique, affectif, matériel, social, qui ne peut être obtenue que grâce à la concertation de tous les acteurs du domaine de la santé.

L'atteinte de chacun de ces objectifs suppose donc une concertation de moyens, qui vont dépendre à la fois des déterminants que l'on a pu identifier, des possibilités d'action sur ces déterminants, et des nouvelles avenues de promotion de la santé que l'on veut explorer.

C'est dans cette optique que nous proposons un certain nombre de moyens privilégiés, mais non exhaustifs, d'atteindre les objectifs spécifiques retenus et dont nous justifions le choix.

I. DIMINUER LE NOMBRE DE NAISSANCES PRÉSENTANT DE GRAVES ANOMALIES AINSI QUE L'IMPACT DE CES ANOMALIES POUR L'ENFANT ET SA FAMILLE

Justification

Environ 2 à 3% des enfants sont atteints d'une anomalie physique ou mentale à la naissance. Actuellement (1980-1981) les anomalies congénitales représentent 34% des décès infantiles alors qu'en 1969 elle n'en représentaient que 27%.

L'objectif de réduire les naissances d'enfants porteurs d'anomalies physiques ou mentales vient ainsi s'ajouter à l'objectif de diminuer les naissances d'enfants de petits poids qui prévaut au Québec depuis une dizaine d'années. D'ailleurs, ces deux objectifs sont souvent liés: en réduisant le nombre de naissances d'enfants de poids insuffisant on réduit inévitablement le nombre d'enfants atteints d'anomalies congénitales. On relève en effet plus d'anomalies, plus d'atteintes neurologiques et plus de maladies nécessitant une hospitalisation au cours de la première année de vie chez les enfants de poids insuffisant à la naissance que chez les enfants de poids normal.

Mais les anomalies congénitales, qu'elles soient liées ou non à l'insuffisance de poids à la naissance, compromettent gravement les chances pour l'enfant de mener une vie socialement et économiquement féconde. Elles sont pour tout l'entourage et notamment pour les parents une source de perturbations considérables sur le plan personnel: choc émotionnel à la naissance, diminution de l'estime de soi et augmentation des symptômes d'anxiété, d'instabilité et de dépression, surtout chez la mère. Sur le plan conjugal et familial on note une augmentation des taux de séparation ou de divorce et sur le plan social un accroissement considérable des contraintes matérielles et un bouleversement de l'emploi du temps et des activités habituelles.

Les déterminants ou les possibilités d'une action préventive élargie

L'origine des malformations congénitales fait intervenir des facteurs environnementaux et héréditaires.

En ce qui concerne les facteurs environnementaux on reconnaît que l'exposition à des agents infectieux, physiques et chimiques, peut être à la source de malformations congénitales. La rubéole, la toxoplasmose et les infections à cytomégalovirus comptent parmi les infections maternelles les plus susceptibles d'entraver le développement de l'enfant.

Un certain nombre de chercheurs s'intéressent également aux effets tératogènes* et mutagènes** que peut entraîner l'exposition à certains agents physiques ou chimiques, comme par exemple les radiations ionisantes, le chlorure de vinyle ou le benzène, ainsi que quelques autres qui ont pu être identifiés.

Consommés pendant la grossesse l'alcool*** et certains types d'hormones, d'anticoagulants et d'anticonvulsifs peuvent comme le tabac avoir des effets néfastes sur le foetus.

Dans le cas des facteurs environnementaux les mesures préventives se situent en amont. Il faut réduire l'exposition aux agents mutagènes de la population en âge de procréer. De plus, pour les femmes enceintes, il s'agit de les protéger des agents tératogènes surtout au cours des premiers mois de la grossesse.

Parmi les affections dont l'origine est clairement génétique on retrouve principalement les anomalies chromosomiques, les anomalies du tube neural, les maladies métaboliques et les syndromes malformatifs héréditaires. Les parents les plus exposés à donner naissance à un enfant atteint de l'une ou l'autre de ces pathologies sont les parents ayant des antécédents familiaux de maladies génétiques et les mères âgées de plus de 35 ans.

Grâce à des techniques comme l'amniocentèse, la foetoscopie, l'échographie, le dosage des alpha-foetoprotéines, on peut actuellement détecter un grand nombre de ces anomalies chez le foetus. Ici l'acte préventif consiste à interrompre la grossesse.

Il est également possible de prévenir, grâce au traitement précoce, la déficience mentale causée par certaines maladies métaboliques dépistées à la naissance, telles que la phénylcétonurie et l'hypothyroïdie. Au Québec le dépistage de ces deux affections et de quelques autres se fait de façon systématique chez tous les nouveau-nés par le réseau de médecine génétique. Ce réseau, un des

---

* Les agents tératogènes agissent directement sur l'embryon pour produire des malformations.

** Les agents mutagènes sont capables de provoquer des mutations c'est-à-dire des modifications permanentes de caractères héréditaires par des changements dans le nombre et la qualité des gènes. À long terme, les mutations peuvent constituer une tare.

*** Au-delà de 1,5 à 2 onces d'alcool pur par jour.

plus complets au monde, constitue un modèle du genre qui s'est avéré fort efficace et économiquement rentable.

Les moyens privilégiés

Les moyens proposés à titre d'illustration privilégient une action en amont des problèmes d'anomalies congénitales en insistant sur l'information, l'assainissement des milieux de vie et la recherche. Ils veulent également améliorer l'accueil réservé à l'enfant handicapé et le soutien à la famille.

A) L'information

L'information s'adresse à l'ensemble de la population d'hommes et de femmes en âge de procréer.

— Il est essentiel de renseigner la population, surtout mais non exclusivement les femmes, sur les risques d'exposition ainsi que sur les effets possibles des agents toxiques sur les cellules reproductrices et sur l'embryon. Le milieu scolaire peut sensibiliser les jeunes à ce problème dès l'adolescence.

— On doit améliorer la diffusion de l'information relative à certains risques génétiques dans la population en âge de procréer et mieux renseigner les parents qui sont spécialement exposés. En particulier, les mères âgées de plus de 35 ans doivent être informées des possibilités de diagnostic prénatal.

— Il faut aussi que les femmes enceintes soient renseignées sur les dangers que peut comporter la consommation du tabac, de l'alcool et de certains médicaments.

B) L'environnement physique

Il faut promouvoir l'assainissement des milieux de vie dans le but de réduire au minimum l'exposition des hommes et des femmes en âge de procréer aux agents toxiques tératogènes ou mutagènes.

— Dans le cas particulier du milieu de travail, le retrait préventif de la femme enceinte est peu efficace pour les anomalies congénitales étant donné que la formation du foetus a lieu au cours des deux premiers mois de la grossesse. Un milieu de travail sain pour l'ensemble des travailleurs contribuera davantage à la réduction de ces anomalies.

La protection et l'information de la population suppose un **effort de recherche** assez considérable vers l'identification des milieux à risque et la détection des agents toxiques.

C) Le système de soins

Dans les cliniques régionales de planning familial il faut rendre plus accessibles les techniques de diagnostic prénatal et les traitements appropriés. Ces cliniques pourraient aussi, en collaboration avec le réseau de médecine génétique, assumer le leadership dans le dépistage et le suivi des parents à haut risque génétique.

Le dépistage et le suivi des parents à haut risque génétique et des enfants atteints d'anomalies congénitales suppose de la recherche clinique, fondamentale et épidémiologique. Le maintien d'un fichier d'information sur les anomalies congénitales serait sans doute souhaitable notamment pour l'identification des groupes cibles et le suivi des enfants handicapés. Les activités du réseau de médecine génétique doivent être encouragées.

D) L'accueil fait à l'enfant handicapé et le soutien à la famille

— On doit commencer par un effort important de formation du personnel de première ligne visant la connaissance des problèmes des personnes vivant avec un handicap physique ou mental, et des ressources qui existent notamment pour les enfants. Comme l'adaptation des parents dépend dans une large mesure de la manière dont le diagnostic est annoncé, le médecin traitant doit avertir les deux parents le plus tôt possible après la naissance. Une documentation écrite, pratique et vulgarisée peut être remise aux parents dès que ces derniers sont informés de l'état de leur enfant. Cette documentation devrait aborder plusieurs aspects comme les différentes formes de déficience, les moyens à prendre pour minimiser l'impact de la déficience sur le développement de l'enfant, et les ressources communautaires disponibles: groupes d'entraide et ressources professionnelles locales.

— On doit établir, dès que le diagnostic est posé, un plan de traitement ou de soins à donner à court, à moyen et à long terme. Dans ce sens il faut favoriser la création d'équipes légères de soins avec une fonction de chargé de dossier. L'équipe évalue les besoins de l'enfant et de la famille, coordonne les soins nécessaires et en assure le suivi. Les DSC (Département de santé communautaire) et CLSC doivent coordonner leurs efforts afin de mettre sur pied de telles équipes.

— Il est enfin essentiel d'encourager le développement de ressources intermédiaires destinées à soulager la famille et à favoriser

le développement de l'enfant: centres de stimulation et de réadaptation de jour, familles d'accueil de dépannage, garderies spécialisées.

— Enfin, il faut soutenir la recherche et le développement des orthèses et des prothèses.

En résumé il nous apparaît essentiel

1° **D'améliorer le dépistage et le suivi des parents à haut risque génétique.**

2° **D'accentuer la sensibilisation portant sur les habitudes de vie nocives et les agents toxiques des milieux de vie.**

3° **D'établir, dès la naissance, un plan d'intervention et de suivi de l'enfant porteur d'une anomalie.**

II. FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT AFFECTIF ET SOCIAL DES ENFANTS ÂGÉS DE 0 À 5 ANS

Justification

De plus en plus d'études font état de problèmes socio-affectifs et psychosomatiques chez les enfants; on parle de retard de langage, d'inadaptation scolaire, de négligence et d'abus chez les enfants comme autant de nouveaux problèmes de santé. Ceux-ci se manifestent avec une telle acuité, qu'on peut penser qu'ils sont en voie de dominer le tableau dès la petite enfance. Or, c'est entre 0 et 5 ans que les interventions sont peut-être les plus faciles et les plus efficaces.

Les déterminants ou les possibilités d'une action préventive élargie

Entre 0 et 5 ans, les problèmes que l'on peut essayer de prévenir, sont essentiellement des problèmes de relation avec les parents, qui sont à cet âge leurs principaux interlocuteurs. En outre, l'on retrouve très fréquemment des **facteurs psychosociaux** à l'origine de ces problèmes relationnels: information, développement personnel et disponibilité des parents, degré de réceptivité à la personnalité de l'enfant; **contexte familial**: séparations, divorces, éclatement des familles, familles monoparentales, familles à problèmes multiples; **contexte social**: isolement des parents, absence d'ouverture vers le monde extérieur, déplacements fréquents; **contexte économique**: pauvreté, conditions de logement, chômage de l'un des parents qui joue souvent le rôle de déclencheur de ces problèmes.

L'enfant possède un seuil de tolérance qui lui est propre à plusieurs de ces facteurs. Beaucoup de chercheurs s'interrogent aujourd'hui sur la nature des caractéristiques (des enfants ou de l'environnement) propres à accroître ce seuil de tolérance.

Enfin, les problèmes de santé mentale que peuvent connaître les enfants de cet âge sont souvent sous-estimés par les parents comme par les professionnels de la santé. On fait encore trop souvent porter à la mère le fardeau si lourd de la responsabilité de ces problèmes, ce qui ne peut qu'accentuer le refus d'en reconnaître l'existence.

Les moyens privilégiés

Les moyens proposés privilégient à titre d'illustration les interventions destinées à favoriser une meilleure relation parents-enfants, et à renforcer le rôle que peut jouer le système de soins dans la détection précoce et le traitement rapide des troubles de développement affectif des jeunes enfants.

A) La relation parents-enfants

— Les parents sont les principaux partenaires du développement de leurs enfants. Il est important de favoriser leur développement personnel, qui ne peut qu'avoir des répercussions directes sur celui de leurs enfants.

— Dans ce sens, on doit encourager certaines actions d'information ou d'éducation des parents, adaptées aux différents milieux et clientèles, et qui favorisent: l'apprentissage des rôles parentaux, l'augmentation des connaissances des parents sur le développement physique, mental et affectif des enfants, la socialisation des enfants d'âge pré-scolaire.

— De telles actions peuvent être prises en charge par le milieu: groupes d'entraide, rencontres de parents plus ou moins structurées, échanges de gardiennage, etc. De telles expériences sont déjà en cours. Le réseau des CLSC peut aider à les généraliser, les soutenir techniquement ou financièrement et **surtout les orienter vers les familles les plus démunies**. On permettrait ainsi à ces familles de sortir de leur isolement social et d'offrir à leurs enfants une ouverture sur le monde extérieur.

— Le travail des deux parents est une réalité nouvelle qui s'accompagne souvent de conflits de rôle douloureux à vivre, le rôle parental et le rôle professionnel étant souvent difficilement conciliables. Il s'agit de rendre compatibles le travail des parents et l'éducation des enfants grâce à des mesures telles que les horaires variables, le temps partagé, les congés parentaux, les garderies, etc.

B) Le système de soins

— La détection des troubles d'ordre relationnel potentiels entre la mère et l'enfant peut déjà se faire lors des visites prénatales: la situation d'isolement ou de pauvreté de la mère ou la présence chez cette dernière de symptômes psychopathologiques ou dépressifs sont l'indice d'une probabilité élevée de ces troubles, et de la pertinence d'une intervention.

— Cette détection peut également avoir lieu lors des visites postnatales. Pour ce faire il faut former et outiller le personnel de première ligne afin que celui-ci soit à même de suivre le développement de l'enfant. Une attention particulière doit être portée aux groupes à risque: les enfants prématurés, les premiers enfants, les enfants de mères seules, ou de mères identifiées à risques lors des visites prénatales. Les groupes d'entraide qui visent à apporter un appui aux mères isolées qui viennent d'accoucher, sont à cet égard un moyen d'intervention intéressant.

— Il est essentiel d'encourager la continuité dans le suivi de l'enfant, en suscitant par exemple la création d'équipes verticales de soins qui permettent d'intervenir précocement et de suivre l'enfant tout au long de son développement. C'est aux spécialistes de médecine familiale en collaboration avec les CLSC qu'incombe la responsabilité de cette continuité.

— Enfin, le système de soins a un rôle important à jouer dans l'information et la déculpabilisation des parents, et notamment de la mère, dont les enfants présentent des troubles d'ordre relationnel et de développement affectif.

C) Les ressources intermédiaires

— On doit encourager le développement des ressources intermédiaires comme des garderies de jour subventionnées, afin d'éviter notamment les placements multiples d'enfants en famille d'accueil.

— L'accès à des pré-maternelles en milieu défavorisé constitue un élément positif pour le développement de l'enfant à condition qu'on y implique les parents.

En résumé il nous apparaît essentiel

1° De renforcer le rôle joué par les services de première ligne dans la détection et le traitement des troubles de développement des jeunes enfants et la continuité dans leur suivi.

2° De favoriser le développement des groupes d'entraide destinés à informer et à soutenir les parents les plus démunis.

3° D'accroître l'accessibilité à des ressources intermédiaires telles que les pré-maternelles en milieu défavorisé.

III. DIMINUER LES MORTS PAR ACCIDENTS DE LA ROUTE CHEZ LES JEUNES DE 6 À 24 ANS

Justification

La mortalité des adolescents et des jeunes se caractérise par un grand nombre de morts violentes, et par l'ampleur de la surmortalité masculine ; celle-ci est d'ailleurs presque uniquement attribuable aux décès accidentels, dont les taux représentent 83% des décès des jeunes hommes de 15 à 24 ans. Et dans trois cas sur quatre, il s'agit d'accidents de la route. Le Québec partage avec les États-Unis, pour ce groupe d'âge, le triste record du taux de mortalité le plus élevé parmi les pays de même niveau socio-économique.

Les jeunes de 15 à 24 ans sont ceux qui présentent le plus fort taux de victimes blessées ou tuées dans les accidents routiers. Ils représentent en effet 20% de la population, mais 36% des décès par accidents de la route en 1982. Les estimations de la Régie de l'assurance automobile du Québec laissent même entrevoir un taux supérieur à 40% pour l'année 1983.

Les jeunes de 16 à 19 ans sont tout particulièrement vulnérables. Ils représentaient 18% des décès en 1982. Les jeunes de cet âge détiennent 6% des permis mais comptent pour plus de 10% des décès à titre de conducteur.

De plus, ce sont les 5 à 9 ans qui représentent le plus haut taux de victimes tuées ou blessées chez les piétons soit 14%. Enfin 50% des cyclistes blessés ou tués se retrouvent chez les 5 à 19 ans.

Les déterminants ou les possibilités d'une action préventive élargie

Les accidents de véhicule à moteur résultent d'une interaction complexe entre le conducteur (inexpérience, alcool), le véhicule (mauvais état, vitesse) et l'environnement (état de la route, absence de transports en commun, nuit). Il est certain que l'on retrouve chez les jeunes de 15 à 24 ans des caractéristiques qui les prédisposent aux accidents, telles que l'impétuosité et le goût du risque.

Ces facteurs combinés à une certaine inexpérience au volant, à l'usage aujourd'hui très répandu de l'alcool et de la drogue chez les jeunes ne peuvent que multiplier les risques d'accidents. Il faut aussi reconnaître que piétons et cyclistes , surtout de 5 à 19 ans, peuvent souvent être considérés comme incompétents.

Les moyens privilégiés

Les moyens proposés à titre d'exemple visent essentiellement à prévenir les accidents. Ils supposent une action concertée portant à la fois sur le conducteur, les véhicules et l'environnement. La responsabilité de cette concertation pourrait être attribuée à la Régie de l'assurance automobile du Québec.

A) Conducteurs, cyclistes et piétons

Deux points apparaissent particulièrement importants en ce qui concerne le conducteur: ce sont l'inexpérience et la consommation d'alcool. Parmi les moyens disponibles on peut proposer de:

— retarder l'âge à partir duquel un individu acquiert le droit de conduire. Introduire un permis de conduire graduel tenant compte de l'âge et du sexe (permis temporaire prolongé, examens plus rigoureux);

— retarder l'âge légal de consommation de boissons alcoolisées dans des lieux publics;

— appliquer de façon rigoureuse le nouveau code de la route qui prévoit le retrait du permis pour conduite en état d'ébriété et l'utilisation plus répressive des points d'inaptitude. Ces derniers devraient même servir à modeler les coûts d'assurances. Ces mesures seront d'autant plus efficaces que les divers corps policiers renforceront la surveillance, notamment à la sortie des bars, et feront respecter le code;

Exiger une formation spécifique obligatoire pour les motocyclistes et resserrer les critères d'attribution de permis, comme s'apprête à le faire la Régie de l'assurance automobile du Québec, en insistant sur la conduite défensive;

Sensibiliser les jeunes au partage de la route dans le cadre: des écoles de conduite, de l'éducation à l'école primaire pour les jeunes cyclistes et les piétons, des programmes communautaires de sécurité routière. Encourager chez les adultes le respect des jeunes cyclistes et motocyclistes;

Développer la recherche sur les comportements des jeunes conducteurs et motocyclistes.

B) Véhicule

Renforcer les normes sécuritaires pour les véhicules (puissance et cylindrée limitées, inspection des véhicules usagés).

Maintenir les campagnes en faveur du port de la ceinture de sécurité.

C) Environnement

Dans le cas de l'environnement trois points sont particulièrement à retenir soit la conduite de nuit, l'état des routes et les limites de vitesse.

— On peut, à l'instar de certains états américains, abaisser les limites de vitesse, voire même supprimer la conduite de nuit pour les moins de 18 ans.

— Subventionner les municipalités qui aménagent leur réseau routier en vue de le rendre plus sécuritaire ou qui améliorent leur réseau de transport en commun.

— Encourager la formation et soutenir les organismes locaux et régionaux qui proposent des actions pour l'amélioration du réseau routier.

— Bannir les incitations aux comportements dangereux (publicité, etc.).

En résumé il nous apparaît essentiel

1° Que la législation sur la conduite en état d'ivresse soit appliquée de façon rigoureuse.

2° D'introduire un permis de conduire graduel basé sur l'âge et le sexe.

3° De développer la recherche sur les comportements des jeunes conducteurs et motocyclistes.

IV. DIMINUER LE NOMBRE DE GROSSESSES NON DÉSIRÉES ET LEUR IMPACT CHEZ LES ADOLESCENTES

Justification

La libéralisation des attitudes à l'égard de la sexualité depuis une dizaine d'années, s'est accompagnée d'un accroissement de l'activité sexuelle au cours de l'adolescence. Or, on évalue que seulement la moitié des adolescentes sexuellement actives font usage de contraceptifs. On relève annuellement au Québec entre 8 500 et 9 000 grossesses chez les filles de 10 à 19 ans. Depuis quelques années, celles-ci optent d'ailleurs de plus en plus souvent pour l'interruption de la grossesse: de 1976 à 1980, l'incidence de l'avortement déclaré s'est accrue de 80%, tandis que le taux de natalité diminuait de 15%.

Qu'elle soit désirée ou non, la grossesse pendant l'adolescence constitue un problème à la fois biologique et social. Elle comporte en effet des risques physiques pour la mère très jeune (moins de 16 ans) et l'enfant, comme le prouvent l'incidence plus forte de toxémie, de prééclampsie et de complications lors de l'accouchement, et la probabilité accrue de donner naissance à un enfant de petit poids. Sur le plan social, la grossesse apporte des bouleversements dans les relations de l'adolescente avec son entourage. Les mères adolescentes finissent rarement leurs études secondaires et se retrouvent souvent dans un état de dépendance économique dont elles se sortent difficilement. D'autre part, les enfants de mères adolescentes sont plus susceptibles d'être maltraités ou de souffrir de carence affective.

Les déterminants ou les possibilités d'une action préventive élargie

Le principal obstacle à l'usage des moyens contraceptifs demeure l'information; pour l'adolescent informé, en effet, l'accessibilité à la contraception est facilitée par la mise sur pied récente des cliniques de planification des naissances. Mais l'absence d'information ne concerne pas uniquement les moyens contraceptifs. Un vaste programme d'éducation et d'information sur la sexualité au sens large, dans ses aspects physiologiques, psychologiques et

sociaux, ne pourrait que contribuer à la diminution du nombre de grossesses chez les adolescentes, qu'elles soient désirées ou non.

Enfin, on a pu relier la grossesse de certaines adolescentes à des carences affectives parfois dramatiques, attribuables à l'absence de support et à la pauvreté de communication dans leur milieu familial.

Les moyens privilégiés

Les moyens privilégiés favorisent surtout une éducation sexuelle adéquate des jeunes, un accès accru à l'information sur les méthodes contraceptives et à des ressources de planning familial adaptées à leurs besoins ainsi qu'un support effectif à la mère adolescente.

A) Éducation sexuelle et information

La prévention des grossesses non désirées s'appuie en premier lieu sur une éducation sexuelle adéquate où l'accent est mis sur le sens des responsabilités, sur le respect de soi et des autres.

Il s'agit d'abord de sensibiliser les parents à leur rôle en matière d'éducation sexuelle. Mais **seule l'école peut garantir une égalité d'accès pour tous les jeunes, aux filles comme aux garçons, à une éducation de base**. Les programmes d'éducation sexuelle à l'école devraient mettre autant l'accent sur les aspects émotifs et affectifs que sur les aspects physiologiques.

- Plusieurs expériences semblent démontrer l'intérêt d'une éducation sexuelle faite par les pairs (information, échanges), surtout chez les groupes à risques (milieux sociaux défavorisés).
- Il est important de sensibiliser autant les garçons que les filles aux différents aspects de la sexualité et notamment à la contraception, et de mettre l'accent sur le partage de la responsabilité.
- Il est essentiel de diffuser une information adéquate sur les différentes méthodes de contraception. De renseigner sur les effets secondaires de certaines méthodes contraceptives, de même que sur les risques à la fois biologiques, psychologiques et sociaux de la grossesse à l'adolescence.
- Enfin, lors d'examens de routine, le médecin de première ligne, soit en CLSC ou en clinique privée, devrait interroger l'adolescent pour savoir s'il est actif sexuellement, s'il utilise un moyen de protection quelconque, et lui donner des informations à ce sujet.

B) Ressources pendant la grossesse

— On doit améliorer l'accessibilité des jeunes à des centres de planning familial, dans des CLSC, hôpitaux ou cliniques, adaptés à leurs problèmes, ainsi qu'à des cliniques d'avortement et ce dans chaque région du Québec.

— Il existe également certaines expériences intéressantes d'écoute téléphonique pour les jeunes en difficulté, où l'on essaie d'ailleurs de replacer la sexualité et la contraception dans une optique de santé globale.

— On devrait encourager le développement de cours prénatals adaptés aux jeunes, où ceux-ci puissent se reconnaître.

C) Support à la mère adolescente

Il s'agit également de prévoir différentes formes de support à la mère adolescente, particulièrement si elle n'est pas soutenue par son milieu familial.

Par exemple:

— Des foyers communautaires;

— Un suivi de la mère et de l'enfant par les équipes de première ligne des CLSC;

— Des interventions de groupes d'entraide pour éviter la dépression et l'isolement qui sont fréquents après la naissance; offre d'un support affectif et matériel important; encouragement à reprendre ses études ou son travail;

— Des mesures favorisant la réintégration de ces mères adolescentes dans un milieu scolaire: (études spéciales, garderies dans les polyvalentes, etc.);

— Dans certaines circonstances, on peut envisager de revaloriser l'adoption. Alors qu'auparavant il était quasi impossible pour une adolescente de garder son enfant, on se retrouve aujourd'hui dans une situation inverse. Pourtant l'adoption peut constituer une solution adéquate, et parfois même souhaitable, pour l'enfant comme pour la mère.

En résumé il nous apparaît essentiel

1° **De favoriser en milieu scolaire une information axée sur les aspects émotifs, affectifs et physiologiques de la sexualité.**

2° **D'améliorer l'accessibilité des jeunes à des centres de planning familial et ce dans toutes les régions du Québec.**

3° **De fournir un support à la mère adolescente, avant et surtout après la naissance.**

V. DIMINUER L'INCIDENCE ET LA GRAVITÉ DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES JEUNES DE 15 À 24 ANS

Justification

L'importance des troubles mentaux parmi les problèmes de santé des jeunes se reflète dans le nombre élevé de journées d'hospitalisation de courte durée qui leur sont imputables. Si l'on fait abstraction des diagnostics associés à la grossesse et à l'accouchement, les troubles mentaux se trouvent à l'origine du plus grand nombre de journées d'hospitalisation: 28% du total pour les hommes et 25% pour les femmes.

Les psychoses, responsables des deux tiers des journées d'hospitalisation apparaissent comme un problème plus important chez les hommes que chez les femmes. Par contre, les femmes utilisent plus de services médicaux pour les troubles névrotiques.

En termes de coûts, les troubles mentaux arrivent en tête, entraînant environ le quart des dépenses de santé des jeunes de 15 à 24 ans.

La manifestation la plus grave des problèmes de santé mentale est sans doute le suicide. Au Québec en 1981, 220 jeunes âgés de 15 à 24 ans se sont enlevés la vie. Le taux de suicide des jeunes a connu une hausse importante: de 1970 à 1980 il est passé de 10,3 à 17,2 pour 100 000 habitants soit une hausse de 67%.

Lors de l'enquête Santé Canada, 1,4% des jeunes de 15 à 24 ans, ont déclaré souffrir de troubles mentaux, près de 5% ont manifester des sentiments négatifs* et 47% des sentiments « partagés »* vis-à-vis d'eux-mêmes et de leur entourage. Ce sont les adolescents (15 à 19 ans), particulièrement les filles qui se disaient les moins satisfaits de leur sort.

Mais les indicateurs de santé, prévalence de problème de santé, restriction d'activité, consommation hospitalière, etc. qui sont établis par pathologie, sous-estiment nettement l'importance des problèmes de santé mentale et des conséquences du stress, dans leurs manifestations psychosomatiques.

---

* Selon l'échelle d'équilibre affectif développée par Bradburn.

Les déterminants ou les possibilités d'une action préventive élargie

La prévention primaire en santé mentale touche surtout les troubles névrotiques, psychosomatiques ou de la personnalité. Ces problèmes sont en effet souvent associés à des facteurs psychosociaux. Les pathologies plus graves telles les psychoses pour lesquelles l'influence respective du biologique et du social est encore mal connue, relèvent davantage à l'heure actuelle de la prévention secondaire et tertiaire. Néanmoins, on peut espérer que les mesures permettant de réduire les problèmes d'origine plutôt socio-affective auront aussi un effet sur l'incidence de ces maladies mentales considérées comme plus graves.

L'environnement social peut jouer un rôle critique dans l'apparition d'un certain nombre de problèmes de santé mentale : la remise en question de la famille traditionnelle, le nombre accru de ruptures ou de divorces, l'importance croissante des familles à un seul parent, souvent démunies financièrement, le travail des deux parents et leur moindre disponibilité ont pu laisser l'enfant d'autant plus démuni que le milieu ne lui offrait aucune solution de rechange.

C'est là où les autres milieux de l'enfant prennent toute leur importance : voisinage, quartier, milieu scolaire, milieu de loisirs. Ils peuvent en effet renforcer le support affectif, normatif, cognitif et matériel dont le jeune a besoin pour se développer, bâtir son identité et renforcer l'estime de soi.

Le flottement actuel par rapport aux rôles masculins et féminins devient un facteur susceptible de perturber le processus d'identification. D'autre part, l'évolution de la conjoncture en restreignant l'accès au marché du travail et en maintenant une dépendance financière rend plus difficile l'intégration sociale des jeunes.

Enfin, les problèmes que peut rencontrer le jeune dans son intégration sociale et dans le développement de son identité sont souvent aggravés par le manque de tolérance du milieu à l'égard de certains de ses besoins, comportements ou habitudes de vie.

Les moyens privilégiés

Les moyens proposés à titre d'illustration privilégient essentiellement le renforcement de l'environnement social et de ses ressources. Il s'agit ici de mettre l'accent sur le rôle que peuvent jouer la famille, le système scolaire et le système de soins dans la prévention, le dépistage et le traitement des problèmes de santé mentale.

A) La famille et les ressources communautaires

Pour la famille il faudrait envisager des mesures lui permettant de jouer son rôle privilégié d'abord dans l'éducation de l'enfant puis dans le support aux adolescents.

On propose par exemple:

— La mise en oeuvre de programmes communautaires destinés à améliorer les relations parents-enfants: sessions de dynamique familiale, sessions d'information sur les relations parents-enfants.

— Un soutien concret (voisinage, réseau d'entraide) à certaines familles à risque: familles monoparentales, familles à problèmes multiples, familles aux prises avec des événements stressants (divorce, deuil, chômage, etc.).

— L'aménagement des conditions de travail (congés parentaux, horaires flexibles) afin de permettre une plus grande disponibilité des parents, et l'atténuation de certains conflits de rôle.

— Une prise en considération de l'importance des milieux de vie, lors de l'élaboration des politiques d'infrastructure et d'urbanisation: éviter l'éclatement des quartiers, règlement de zonage favorisant une « vie de quartier ».

— L'aménagement d'espaces ou d'endroits destinés à des activités socio-culturelles ou sportives, où les jeunes puissent se retrouver, notamment dans les quartiers où la taille des logements ne favorise pas cette socialisation (rôle par exemple des maisons de jeunes).

— Mais surtout, dans le contexte économique actuel, il nous paraît urgent de développer toutes les formes d'actions visant à intégrer les jeunes dans des structures sociales susceptibles de leur assurer formation et valorisation, comme par exemple les écoles pour décrocheurs, des programmes de formation et de stage en entreprise ou des activités communautaires.

B) Milieu scolaire

— Le milieu scolaire joue un rôle important comme lieu d'identification et de socialisation de l'enfant, et d'identification de l'adolescent. Les caractéristiques physiques de l'école, les ressources dont elle dispose, mais surtout les capacités de leadership des dirigeants, et l'importance qu'ils accordent au développement pédagogique et à la qualité des relations professeurs-enfants, peuvent contribuer très favorablement à ces processus.

Et le rôle de l'école peut avantageusement être renforcé : la mise sur pied graduelle d'un programme de formation personnelle et sociale constitue un effort en ce sens.

— Il faut renforcer la capacité du milieu scolaire à dépister précocement les problèmes de santé mentale. La plupart du temps, ne sont considérés comme problèmes que ceux qui interfèrent avec l'apprentissage scolaire (l'école est alors vue davantage comme un milieu d'acquisition de connaissances, que comme un milieu de vie). Et même dans ce cas, faute de ressources, de formation ou de liaison suffisante avec le système de soins, un suivi est rarement assuré à l'enfant que l'on se contente d'évaluer périodiquement ou de diriger vers un enseignement professionnel vu comme sans avenir et dévalorisé.

— L'école peut aussi contribuer à éclairer les orientations de vie et professionnelles des jeunes. Elle devrait encourager et soutenir les jeunes filles dans des choix non traditionnels.

C) Système de soins

Le rôle du système de soins devient prépondérant lorsqu'il s'agit des psychoses. Comme les connaissances relatives à l'étiologie de ces pathologies demeurent limitées, il est essentiel de favoriser la recherche en ce domaine.

Lorsque le traitement des psychoses nécessite l'hospitalisation, celle-ci doit, autant que possible, se faire dans les unités psychiatriques des centres hospitaliers de courte durée. Mais le recours à ce type de service pourrait être réduit souvent au bénéfice du jeune grâce à un support assuré et continu à la famille. Lorsque la famille ne s'avère pas un milieu adéquat pour le jeune, des ressources intermédiaires entre elle et l'hôpital devraient être disponibles. On pense ici à des maisons de transition, des centres de jour, des foyers communautaires, etc. Il est fondamental d'assurer une liaison étroite entre ces ressources intermédiaires, la famille et les unités de soins.

— Du système de soins on peut s'attendre à un accès plus facile à des ressources humaines spécialisées dans l'approche à l'adolescence. On devrait encourager dans ce sens la formation d'équipes multidisciplinaires oeuvrant dans des cliniques pour jeunes.

— Les CLSC doivent assurer une meilleure coordination des services entre le système de soins et le milieu scolaire pour permettre la détection mais surtout un suivi adéquat des jeunes ayant des problèmes de santé mentale.

D) Tolérance envers les flottements et les habitudes de vie des jeunes

— Certains comportements ne deviennent problématiques qu'en raison des réactions de la société vis-à-vis de ces comportements. Les interventions doivent surtout chercher à connaître les besoins réels des adolescents et ne pas se limiter à vouloir les transformer prématurément en adultes bien portants.

L'absence de tolérance du milieu social est particulièrement flagrante à l'égard des problèmes de santé mentale et ne peut que contribuer à leur aggravation.

E) La prévention du suicide

Les mesures que l'on propose ici ne pourront être que renforcées par les actions préventives qui visent à diminuer l'incidence et la gravité des problèmes de santé mentale pour ce groupe d'âge. Elles privilégient la formation des pairs et des intervenants de première ligne, le soutien et le suivi des personnes en état de détresse, et l'intégration sociale des jeunes.

Formation et sensibilisation

— Il s'agit en premier lieu d'encourager la **formation** et la **sensibilisation** des intervenants de première ligne: personnel médical et paramédical, enseignants, animateurs: comment dépister un suicidaire, comment intervenir. On pourrait par exemple généraliser la formule d'enseignement par problème.

— On devrait également **informer** et sensibiliser les pairs sur leurs possibilités réelles d'intervention (dépister les signes avant-coureurs du suicide, comment et à qui référer, comment s'entraider).

Mesures passives de prévention

On peut prévoir certaines **mesures passives de prévention** utilisées dans d'autre pays comme:

— la protection des ponts;
— la réglementation de la vente et possession des armes à feu;
— des restrictions plus sévères à l'accessibilité aux médicaments.

Soutien et suivi

— Il est essentiel d'assurer un meilleur **soutien** et un **suivi** plus actif aux personnes en état de détresse ou ayant déjà fait une tentative de suicide. La concertation entre CH (Centres hospitaliers) et CLSC est essentielle dans ce domaine et les CLSC doivent, par la suite, assurer un suivi et une coordination des services.
— Les écoutes téléphoniques, pour être réellement efficaces, doivent être associées à des interventions auprès des personnes en détresse, et à un suivi de ces personnes.
— On ne peut que favoriser en ce sens l'intervention des groupes d'entraide, plus aptes à assurer un suivi et un soutien concret aux personnes en détresse ou ayant déjà fait une tentative de suicide.
— Toutes les données que l'on possède déjà sur la relation existante entre le taux du chômage et le taux de suicide, par le biais d'un processus de dévalorisation, d'isolement, d'appauvrissement, **incitent à encourager vivement toutes les mesures susceptibles de favoriser l'intégration réelle des jeunes au marché du travail**: retour à l'école pour les jeunes non scolarisés (comme c'est souvent le cas pour les jeunes bénéficiaires de l'aide sociale), formation professionnelle, aide à la création d'emplois permanents, politique de salaire minimum adéquate, aménagement du temps de travail.

En résumé il nous apparaît essentiel

1° De favoriser l'intégration, la formation et la valorisation sociale des jeunes.

2° Que le milieu scolaire soit à même de dépister précocement les problèmes de santé mentale et d'assurer un suivi en collaboration avec les CLSC.

3° De développer des ressources intermédiaires pour les jeunes psychotiques, et d'assurer une liaison étroite entre ces ressources, la famille et les unités de soins.

4° Que les CLSC assument la responsabilité du suivi des jeunes ayant fait une tentative de suicide, en coordination avec les équipes des centres hospitaliers.

VI. DIMINUER L'INCIDENCE, LA GRAVITÉ ET L'IMPACT DES PROBLÈMES DE SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE EN MILIEU DE TRAVAIL

Justification

Le travail constitue l'un des secteurs de l'activité humaine les plus essentiels pour la santé. C'est le milieu de travail qui fournit à l'individu son revenu, son statut social et une bonne partie de son réseau de support.

Les conditions de travail au sens large (environnement physique, nature de la tâche ou organisation de travail) peuvent exercer un effet favorable sur la santé ou au contraire constituer un facteur de risque supplémentaire d'accident, de maladie, de stress ou d'usure précoce.

Mais ces atteintes à la santé varient considérablement d'une catégorie de travailleurs à l'autre. Un nombre impressionnant de travaux font état des inégalités flagrantes de santé selon la catégorie socio-professionnelle. Quelque soit l'indicateur utilisé, espérance de vie, taux d'incapacité, la santé des travailleurs se dégrade au fur et à mesure que l'on descend dans l'échelle des occupations et des salaires. Cette détérioration traduit d'une part l'augmentation des risques de toute nature, et d'autre part l'aggravation des conséquences que la maladie peut avoir pour le travailleur et pour toute sa famille. Il existerait ainsi un cercle vicieux santé-pauvreté, dont les conditions de travail sont un élément essentiel.

Les déterminants ou les possibilités d'une action préventive élargie

Les effets des conditions de travail sur la santé et la sécurité ont été étudiés principalement en regard des risques physiques, mécaniques, chimiques, biologiques, présents dans l'environnement. Mais l'organisation même du travail et l'environnement humain des travailleurs suscitent de plus en plus d'interrogations comme sources possibles de problèmes de santé et de sécurité au travail. Les conditions se rapportant au contexte général du travail : rémunération au rendement, horaires alternants, manque d'autonomie, etc. sont les exemples les plus fréquemment cités. Les risques de nature organisationnelle sont souvent à l'origine de situations de stress que

plusieurs lient, soit à des pathologies telles les maladies coronariennes, la santé mentale, soit à l'amplification ou l'adoption d'habitudes de vie nocives telles l'usage du tabac ou l'abus d'alcool ou de médicaments.

Si l'on fait exception des accidents il est extrêmement malaisé de relier un problème de santé à un facteur de risque spécifique en milieu de travail. La plupart des maladies du travail sont d'origine multiple. L'absence d'un lien spécifique empêche souvent qu'elles soient reconnues comme maladies professionnelles. Ce problème est encore plus aigu dans les cas d'usure ou de vieillissement précoce.

Les moyens privilégiés

Les moyens proposés privilégient par exemple une intervention en amont des problèmes de santé au travail, beaucoup plus importante et efficace qu'elle ne l'est actuellement. Cette intervention suppose notamment une meilleure cohérence des actions gouvernementales, une responsabilité accrue et réelle des employeurs et des employés, et le développement ou l'approfondissement de certains champs de recherche.

A) La prise en considération de la dimension santé dans les interventions publiques

— Dans les actions de **gestion**, on doit faire intervenir la santé et la sécurité au travail comme critères de décision économique par exemple dans l'octroi de subventions. On doit également faire appliquer les normes en vigueur.

— Dans l'action **législative**, il faut être conscient des conséquences en termes de transferts de risque, de lois sur la santé et la sécurité au travail dans certains secteurs ou pour certains procédés plus risqués. Enfin, les législateurs doivent davantage reconnaître l'origine multiple de certaines maladies du travail, et élargir ainsi la notion des maladies professionnelles et des règles de compensation.

— Dans l'action **éducative**, on doit encourager l'intégration des préoccupations de santé et de sécurité au travail, dans la formation des étudiants, notamment ceux qui reçoivent un enseignement professionnel, ou de gestion. Dans ce sens, il est important de prévoir des conditions favorables, sur le plan de la santé et de la sécurité, à l'enseignement professionnel (équipement vétuste, bruit, aération, etc.) qui constitue le parent pauvre du système

d'éducation. On doit encourager également la formation de spécialistes en santé au travail : médecins, hygiénistes, ergonomistes, etc. On doit déplorer l'absence d'un programme de formation d'ergonomistes au Québec.

— Comme **employeur**, l'état doit se soumettre à ses propres législations et donner l'exemple, tant dans l'organisation du travail, que dans le maintien de l'intérêt au travail et d'un environnement sain, ou par certaines améliorations de nature ergonomique.

— Enfin, la fusion des mandats de prévention et de compensation au sein d'un même organisme (CSST) ne facilite pas la tâche. D'une part, le volet compensation tend rapidement à devenir l'élément central avec ce que ceci implique nécessairement de contrôles, de contraintes et de litiges, donnant ainsi un caractère particulier à l'organisme. D'autre part le volet prévention qui, lui, sous-entend concertation et collaboration devient secondaire, surtout pour tout ce qui n'est pas manifeste à très court terme (usure). La prévention tend aussi à se confondre avec le caractère un peu répressif et menaçant que peuvent parfois prendre les contrôles.

B) Responsabilité accrue des employeurs et des employés

— L'employeur est le premier responsable du maintien d'un environnement sain, et de conditions de travail favorables à la santé et à la sécurité des travailleurs. Il peut même avoir un rôle à jouer dans la promotion générale de la santé.

— Il doit être conscient des conséquences de l'environnement de travail au sens large sur la santé de ses travailleurs, et en tenir compte davantage dans ses décisions de gestion à court et à long terme.

— On ne peut qu'encourager dans ce sens une analyse approfondie de la rentabilité économique de la prévention, soit des coûts et des bénéfices liés à l'application de différents programmes de santé et de sécurité au travail, dans une optique de long terme.

— Le secteur privé doit également encourager la formation des futurs gestionnaires dans le sens d'une intégration de la dimension santé à la gestion habituelle des entreprises : choix des procédés de fabrication, maintien d'un environnement sain, choix de l'équipement, organisation du travail, relations avec le personnel, etc.

— Les individus doivent être parfaitement informés des risques à leur santé et à leur sécurité auxquels les expose leur environnement de travail. Le rôle des médecins du travail et des syndicats est, à cet effet, fondamental.
— Ils doivent également avoir davantage conscience des risques qu'ils prennent eux-mêmes, et des conséquences possibles de ces comportements, tant au travail qu'à l'extérieur.

C) Les besoins en recherche

— Il est souhaitable que la recherche technologique intègre davantage les critères de santé et de sécurité au travail : dans l'architecture extérieure ou intérieure des établissements, dans le design des équipements, etc.
— On doit également encourager la recherche sur le stress au travail et sur les atteintes à l'intégrité mentale des travailleurs. On pourrait par exemple axer cette recherche sur les conséquences des modifications technologiques et de l'évolution conjoncturelle de la demande ou sur celles de certaines caractéristiques organisationnelles.
— Enfin, il apparaît urgent de développer des indicateurs d'altération précoce de la santé physique ou mentale du travailleur, qui permettraient d'intervenir rapidement, avant que le problème ne se manifeste de façon grave et souvent irréversible.

D) La contribution des professionnels de la santé au travail

— Les Départements de santé communautaire ont un rôle essentiel à jouer dans l'identification des milieux à risque, la diffusion (aux employés comme aux employeurs) de l'information sur l'environnement de travail en question et de la santé des travailleurs, la définition et le dépistage des symptômes d'altération chez les travailleurs et l'intervention rapide, la reconnaissance des maladies du travail d'origine multiple. Leurs interventions doivent viser aussi les petites entreprises, les secteurs non syndiqués ou non prioritaires au sens de la CSST.

En résumé il nous apparaît essentiel

1° **De mettre en oeuvre les moyens adéquats (incitatifs fiscaux ou autres) afin d'obtenir une implication réelle des employeurs dans l'assainissement des milieux de travail.**

2° **D'informer et de faire prendre conscience aux employés des risques liés à leur environnement de travail et à leur comportement.**

3° **De développer des indicateurs d'usure précoce des travailleurs.**

VII. DIMINUER L'INCIDENCE ET L'IMPACT DES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

Justification

Les maladies de l'appareil circulatoire arrivent pratiquement en tête de tous les indicateurs que l'on a utilisés pour mesurer les conséquences des différentes pathologies. Elles restent la première cause de mortalité prématurée: 40% des décès masculins entre 25 et 64 ans sont d'origine cardio-vasculaire. Et même si les décès par maladies ischémiques du coeur (maladies coronariennes) ont diminué sensiblement (26%) depuis une dizaine d'années, le poids en incapacité due aux maladies de l'appareil circulatoire s'est accru pendant la même période.

Au Québec, en 1980, les problèmes cardio-vasculaires constituaient la deuxième cause de restriction permanente d'activité, et obligeaient ainsi près de 100 000 personnes, dont la moitié étaient d'âge actif, à restreindre partiellement ou totalement leur activité principale.

D'ailleurs si ces problèmes accaparaient près de 700 000 000 $ des dépenses de santé (soins personnels, médicaments), on pouvait leur attribuer pour la même année près de 1 000 000 000 $ de manque à gagner en termes de production. Environ 52% de ce montant était dû à l'incapacité de travailler.

Les déterminants ou les possibilités d'une action préventive élargie

La prévention des maladies cardio-vasculaires a fait l'objet d'un nombre impressionnant de recherches épidémiologiques qui ont mis en lumière l'importance de certains facteurs de risque relatifs au comportement et de leur interaction dans la genèse de ces maladies: d'abord le tabac, l'alimentation (des études américaines récentes ont en effet prouvé que le cholestérol était un indicateur de risque), le stress, le manque d'exercice et l'hérédité. Certaines maladies comme l'hypertension et le diabète sont également associées aux maladies cardio-vasculaires.

Une prévention élargie passe par une meilleure compréhension de la genèse de ces comportements: influence de l'environnement socio-culturel, du manque d'information, de temps et de ressources

et du rôle du stress. La recherche sur le rôle du stress comme facteur de risque des maladies cardio-vasculaires est moins développée que celle portant sur les facteurs relatifs au comportement. Mais plusieurs études en milieu de travail notamment, ont mis l'accent sur le rôle du stress comme déclencheur de certains accidents cardio-vasculaires, ou comme source d'habitudes de vie particulièrement peu favorables comme la consommation de tabac.

Les moyens privilégiés

Parmi les moyens proposés à titre d'illustration, on privilégie ceux qui s'inscrivent dans une perspective de prévention de certaines habitudes de vie, de dépistage, d'intervention rapide et de réadaptation.

A) Prévention primaire

— On doit encourager l'adoption de saines habitudes de vie dès l'âge scolaire.

— Il nous paraît important de développer davantage la recherche sur les modes de vie (« life styles », apparition ou disparition de certaines habitudes) susceptibles de favoriser l'incidence et le développement des maladies cardio-vasculaires. Il s'agit d'identifier les individus ou les groupes qui du fait de leurs conditions de vie, milieu socio-économique, conditions de travail, isolement, culture, et de leurs caractéristiques individuelles, adoptent des comportements à risque.

  À cet égard, certaines formules d'éducation sanitaire, selon la nouvelle approche définie par l'OMS*, peuvent alors être envisagées auprès de groupes identifiés, de par leurs modes de vie, comme particulièrement vulnérables aux maladies cardio-vasculaires.

— On doit également essayer de réduire les sources potentielles de stress en milieu de travail ou de vie (charge de travail et absence d'autonomie, changements technologiques imposés, pauvreté, chômage prolongé) et d'en diminuer les conséquences pour l'organisme. Il pourrait être intéressant dans ce sens d'informer davantage les individus sur les méthodes positives qui existent pour combattre le stress.

* Voir page 143.

B) Prévention secondaire et traitement

— Il est important de continuer à déceler **l'hypertension**, et surtout de la contrôler tout en faisant comprendre aux personnes concernées que le traitement est facile et efficace, mais qu'il doit être permanent.

— On doit également accorder une attention particulière au suivi des personnes diabétiques, ainsi qu'à celles qui présentent un taux de cholestérol trop élevé.

— On doit pallier le manque de spécialistes en cardiologie dans les régions périphériques.

— Il s'agit de renforcer la rapidité de l'accessibilité au traitement (chirurgical ou autre) en cas d'indication, afin d'en augmenter l'efficacité et d'en diminuer les conséquences pour l'individu (comme le retrait prolongé du marché du travail).

— Enfin, les nouveaux traitements ainsi que les nouveaux appareils de diagnostic doivent faire davantage l'objet de recherches évaluatives.

C) Réadaptation

L'importance des restrictions d'activité et des pertes d'autonomie générées par les maladies cardio-vasculaires implique un accroissement considérable des efforts dans le but de faciliter la réadaptation et le retour à une vie normale. Cette réadaptation doit s'envisager dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire qui tiendrait compte de ses aspects physiques, psychologiques (anxiété), familiaux ou économiques.

En résumé il nous apparaît essentiel

1° D'encourager dès l'âge scolaire l'adoption de saines habitudes de vie et de développer la recherche sur les conditions favorables à l'adoption de telles habitudes.

2° De continuer à déceler et d'améliorer le contrôle de l'hypertension.

3° D'accroître les efforts facilitant la réadaptation et le retour à une vie normale des personnes ayant connu un accident cardio-vasculaire.

VIII. DIMINUER L'INCIDENCE, LA GRAVITÉ ET L'IMPACT DES MALADIES DU SYSTÈMES OSTÉO-ARTICULAIRE

Justification

Les maladies du système ostéo-articulaire ne font pas mourir, ni n'engendrent de consommation coûteuse de soins de santé : essentiellement des soins ambulatoires. Seulement 5,4% des dépenses totales de santé leur sont affectées alors que la prévalence de ce type de problème dans la population est considérable : en 1980, 6,5% des jeunes de 15 à 24 ans, 15,8% des 25 à 44 ans, 40% des 45 à 64 ans et 50% des personnes de 65 ans et plus déclaraient souffrir d'un problème de nature ostéo-articulaire. Ces problèmes sont également la première cause de restriction d'activité dans la population : en 1980, environ 180 000 personnes dont 125 000 adultes d'âge actif (25 à 64 ans) étaient partiellement ou totalement empêchés d'exercer leur activité principale à cause d'un problème de ce genre. Et d'ailleurs au cours de cette même année, les maladies ostéo-articulaires ont coûté à la société québécoise plus de 700 000 000 $, en termes de production perdue, par le seul fait des journées d'incapacité temporaire ou permanente de travail qu'elles ont pu générer. Certains ont pu parler à cet égard d'un véritable fléau économique.

Beaucoup plus fréquentes chez les personnes âgées, les maladies ostéo-articulaires prendront encore plus d'importance avec la progression du vieillissement de la population.

Les déterminants ou les possibilités d'une action préventive élargie

Les problèmes du système ostéo-articulaire, ou musculo-squelettique, sont plus communément appelés maladies rhumatismales. Celles-ci recouvrent les problèmes multiples qui touchent au squelette (os, cartilages, articulations, disques, ménisques), aux tendons, aux muscles, aux tissus graisseux et aux parois des vaisseaux sanguins.

La plupart de ces maladies sont d'origine inconnue, même si pour certaines d'entre elles, on a pu déceler une particularité héréditaire ou constater une prévalence particulièrement forte dans certai-

nes professions. Les dockers, les mineurs de fonds, les conducteurs d'engins, les bûcherons ou les autres travailleurs de force sont exposés dix à quinze fois plus à la lombalgie chronique que ceux qui n'exercent pas ces professions. Cela est d'autant plus grave que la lombalgie n'est pas facilement admise comme maladie professionnelle, à moins de prouver explicitement le lien entre la douleur et l'activité professionnelle.

La recherche n'est pas suffisamment développée dans le domaine des maladies rhumatismales. Il n'existe pas encore de programmes de recherches systématiques et intégrés, faisant appel à plusieurs disciplines, en vue de pallier le manque de connaissances sur l'origine de ces maladies et donc de permettre de les traiter plus efficacement.

La plupart des études actuelles mettent l'accent sur tous les aspects de la réadaptation, et notamment de la réadaptation professionnelle. Il ne faut pas oublier que pour certaines professions, comme celle des manoeuvres non spécialisés, cette réadaptation est très difficile.

Les moyens privilégiés

Les moyens proposés privilégient surtout la recherche et l'accessibilité à des soins et à des programmes de réadaptation adéquats.

A) Recherche

— Il s'agit en premier lieu de définir et de mettre en oeuvre un programme de recherches sur les causes des maladies rhumatismales, leur évolution et l'efficacité des traitements. On doit dans ce sens stimuler la formation de chercheurs et la création d'équipes multidisciplinaires de recherche.

— La recherche en réadaptation devrait faire l'objet d'une attention particulière.

B) Prévention

Certaines mesures préventives sont d'ores et déjà envisageables, dans le domaine des rhumatismes abarticulaires (non inflammatoires) et des douleurs d'origine rachidienne (lombalgie).

— Il est important de bien informer l'individu des effets positifs et négatifs de l'activité physique, en relation avec certains rhumatismes (tendinites, synovites, etc.).

— On peut recourir davantage aux possibilités techniques, pour soulager certains travaux ou postures particulièrement pénibles. On peut également utiliser certains résultats de la recherche ergonomique qui mettent en relation les caractéristiques de la tâche (posture, tension nerveuse, gestes répétitifs, etc.) et la prévalence de maux de dos importants. Dans ce domaine les DSC auraient un rôle à jouer tant dans l'évaluation et dans la diffusion que dans la mise en application des résultats de cette recherche.

C) Accessibilité aux soins et à la réadaptation

— Il faut permettre aux omnipraticiens d'augmenter leurs connaissances pour une meilleure prise en charge des problèmes ostéo-articulaires. On doit informer le patient sur les différentes possibilités de traitement, de soulagement, de réadaptation et de leur efficacité respective, en insistant sur les aspects positifs de chacune de ces interventions.

— On ne peut qu'améliorer l'accessibilité à des soins adéquats en favorisant le développement de ressources multidisciplinaires humaines et matérielles. On doit promouvoir l'accessibilité régionale à ces ressources de traitement et de réadaptation.

— Il faut définir le contenu d'un programme de réadaptation s'adressant aux personnes atteintes de maladies rhumatismales et en envisager tous les aspects: physique, psychologique, sexuel, social, économique. Une attention particulière devrait être accordée aux possibilités de réorientation professionnelle et/ou de compensation équitable des travailleurs non spécialisés devenus incapables d'exercer leur activité habituelle.

En résumé il nous apparaît essentiel

1° D'augmenter l'accessibilité à des ressources multidisciplinaires de soins et de réadaptation dans toutes les régions.

2° D'accorder une attention particulière à la réadaptation physique, psychologique et professionnelle.

3° De développer la recherche appliquée sur les possibilités de prévention, surtout en milieu de travail.

IX. DIMINUER L'INCIDENCE ET L'IMPACT DES CANCERS

Justification

Le cancer représente la deuxième cause de mortalité prématurée, tuant annuellement plus de 10 000 Québécois, dont 4 500 environ ont moins de 64 ans. Pour le groupe d'âge de 25 à 64 ans, 26% du total des décès masculins et 41% du total des décès féminins sont d'origine cancéreuse. Seul le cancer de l'estomac et le cancer du col de l'utérus chez la femme montrent des signes réels de régression, que l'on peut attribuer dans ce dernier cas à l'efficacité du dépistage et du traitement précoce. L'ensemble des tumeurs engendrent relativement peu de dépenses de santé, 6,1% du total : il s'agit essentiellement d'hospitalisation de court terme. Mais elles pèsent lourd sur l'espérance de vie en bonne santé des Québécois en raison de la mortalité prématurée qu'elles occasionnent. Parce qu'elle frappe sévèrement le groupe d'âge actif, la mortalité par cancer est à l'origine de pertes de production importantes pour l'ensemble de la société, évaluées à environ 400 000 000 $ pour l'année 1980.

Au cours des récentes années, on s'est préoccupé davantage que par le passé de la qualité de vie des cancéreux, notamment en phase terminale. On a aussi été amené à se questionner sur les moyens d'aider les victimes de cancer dans leur lutte contre cette maladie, car ils doivent affronter non seulement la douleur physique mais l'angoisse et la souffrance que crée toute maladie grave dont l'issue est incertaine. Ainsi sont nés des groupes d'entraide, des associations, des fondations ayant pour but d'aider les cancéreux et leur famille dans leur combat de tous les jours contre cette maladie si redoutée. Mais le cancer n'est pas une maladie inévitable. On peut réduire l'incidence de certains cancers.

Les déterminants et les possibilités d'une action préventive élargie

Les recherches les plus récentes sur les causes et les origines des cancers, estiment qu'une partie d'entre eux pourraient être évités. Cette proportion pourrait, selon certains auteurs, atteindre environ les deux tiers des décès par cancer aux États-Unis pour les

personnes ayant moins de 65 ans*. Ces affirmations reposent en général sur les variations que l'on constate quant à l'incidence des cancers, soit entre des communautés stables mais de culture différente, soit entre ceux qui émigrent d'une communauté et ceux qui y restent, soit à l'intérieur d'une même communauté mais dont les caractéristiques et les comportements évoluent dans le temps. Elles s'appuient également sur l'identification réelle de facteurs spécifiques, comme le tabac ou certains produits toxiques. **Mais la plupart des cancers sont le résultat des effets cumulatifs ou synergiques de multiples facteurs dont seulement quelques-uns sont bien identifiés**. Les facteurs peuvent intervenir à différents stades du processus pathologique. Ils n'agissent généralement qu'en présence d'un affaiblissement du niveau de défense immunitaire ou de prédispositions génétiques.

Un certain consensus commence à se dessiner à propos des **facteurs de risque associés** aux cancers. Parmi les habitudes de vie le tabagisme est certainement la plus connue et la seule à faire l'unanimité dans le monde scientifique. On lui attribue généralement plus du tiers de tous les décès par cancers.

Mais un grand nombre d'études mentionnent également d'autres habitudes de vie telles l'usage abusif d'alcool, une alimentation déficiente (pauvre en fibres, riche en matières grasses) ainsi que les habitudes sexuelles et de reproduction.

Enfin plusieurs produits industriels (benzène, amiante), certains médicaments (hormones oestrogènes) et différents types de radiation (ionisantes, ultraviolets) sont également associés au cancer.

La proportion de cancers attribuable aux risques spécifiques de l'occupation ou des médicaments est relativement faible mais elle est concentrée sur des groupes restreints de population très spécifiques. Et une fois identifiés, les risques peuvent en général être réduits ou éliminés par des moyens immédiatement utilisables.

Même si la recherche en ce sens n'est pas très développée, on reconnaît habituellement que certains niveaux élevés de stress, de par ses conséquences sur le système immunitaire, peuvent sinon générer certains cancers, du moins en déclencher ou en accélérer le processus**.

---

* Selon Doll et Peto.
** Selon Cox.

Les moyens privilégiés

Les moyens proposés à titre d'illustration privilégient les actions de prévention élargie visant à réduire certains risques. Ils mettent également l'accent sur la recherche nécessaire pour appuyer ces actions, et sur le support et les soins que l'on peut offrir aux patients atteints de cancer.

A) Actions de prévention

Habitudes de vie

— Restreindre l'usage du tabac (interdiction dans les lieux publics, hausse de prix).

— Continuer les campagnes d'information sur les conséquences du tabagisme et de l'alcoolisme.

— Accentuer les aspects positifs dans l'information sur l'alimentation afin d'augmenter la consommation en fruits et légumes et diminuer l'apport en gras animal (en vue d'une alimentation plus équilibrée).

— Concentrer l'action éducative auprès des jeunes du préscolaire et de l'élémentaire.

Milieux de vie

Éliminer ou mieux contrôler les sources occupationnelles (produits toxiques, tératogènes ou mutagènes) ou médicales (radiations ionisantes, certains médicaments) de cancers.

Détection

Encourager la détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus. Insister sur l'auto-examen des seins.

B) Recherche

Favoriser la recherche scientifique appliquée aux problèmes cliniques (aide au diagnostic et traitement). Accentuer la recherche épidémiologique. Ne pas négliger l'intérêt de recherches sur l'influence des facteurs psycho-sociaux et du stress sur l'origine et le développement de certains cancers.

C) Accessibilité régionale

— Organiser et coordonner la diffusion d'informations auprès des médecins afin de leur permettre de mieux prendre en charge dans leur milieu, les individus atteints de cancer.

— Développer des équipes multidisciplinaires dans le but d'assurer le suivi et la réadaptation de ces patients.

D) Support

— Soutien et réadaptation psychologique des individus chez qui un cancer a été dépisté (psychothérapies, groupes d'entraide, etc.) et qui doivent affronter l'incertitude de leur sort et la pénibilité de leur traitement. Réintégration sociale (affective) des patients en traitement et guéris.

— Support matériel (aide familiale) et psychologique à la famille dans le cas où un membre est atteint d'un cancer, et particulièrement en phase terminale.

En résumé il nous apparaît essentiel

1° D'accentuer la lutte contre le tabagisme.

2° D'organiser et de coordonner la diffusion d'informations auprès des médecins afin de leur permettre une meilleure prise en charge des patients dans leur milieu.

3° De fournir un support matériel et psychologique à l'individu atteint d'un cancer et à sa famille.

X. FAVORISER L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

Justification

Les personnes âgées de 65 ans et plus ont connu récemment, et surtout depuis 1976, un accroissement spectaculaire de leur espérance de vie. Pour les hommes, près de la moitié de l'allongement total de leur durée de vie depuis 1931 a été obtenu au cours des années 1976 à 1980. Mais il est peu probable que l'espérance de vie en bonne santé de ces personnes ait évolué de façon parallèle. En effet, l'importance des problèmes de santé, et la gravité de leurs conséquences, croissent de façon vertigineuse avec l'âge. En 1980, près d'une personne âgée sur deux était restreinte dans ses activités habituelles à cause de problèmes de santé. Et dans 90% des cas, il s'agissait de restrictions permanentes.

Les conséquences des problèmes de santé sur l'autonomie des personnes âgées sont aggravées au Québec par un recours assez important à l'institutionnalisation. D'autant plus que l'institutionnalisation est loin d'être la solution idéale pour bon nombre d'entre elles: 46% environ des personnes âgées placées en centre d'accueil d'hébergement, et 15% de celles qui vivent en centres hospitaliers de soins prolongés, le seraient à tort. En outre, on peut trop souvent attribuer l'aggravation de leur état à l'institutionnalisation ou à un séjour trop prolongé au lit. Plus de 60% des dépenses pour des soins en établissements de long terme sont imputables aux personnes âgées, qui ne représentent pourtant que 8,7% de la population totale. On constate ainsi qu'au Québec, le coût moyen per capita est 6,3 fois plus élevé pour les personnes âgées que pour celles qui ont entre 0 et 64 ans. Ce rapport est de 3,9 aux États-Unis, et de 4,7 en Ontario.

Les déterminants ou les possibilités d'une action préventive élargie

La sénescence ou vieillissement primaire constitue un processus biologique inhérent à l'organisme, ce qui implique des modifications irréversibles. Il peut s'accompagner d'un vieillissement secondaire ou sénilité qui se réfère à la perte d'autonomie résultant de traumatismes ou de maladies chroniques. Ce dernier processus peut être accéléré ou aggravé par certains facteurs sociaux ou environnemen-

taux, et par l'attitude du système de soins à l'égard des personnes âgées.

On a pu constater au cours des vingt dernières années un affaiblissement des solidarités familiales et des réseaux de support naturel des personnes âgées. L'isolement qui en résulte s'accompagne souvent d'un sentiment de mise à l'écart, de dévalorisation, du fait de l'absence du marché du travail ainsi que d'une situation de dénuement pour un bon nombre de personnes âgées, et surtout de femmes, qui n'ont pu bénéficier de l'avènement et du développement des régimes de retraite.

L'isolement, le dénuement, l'inactivité, la dévalorisation, auxquels s'ajoute souvent un stress aigu provoqué par la perte d'un conjoint peuvent compromettre sérieusement l'équilibre psychique déjà fragile, des personnes âgées. D'autant plus qu'ils s'accompagnent souvent de sérieux problèmes de malnutrition.

Un environnement physique adéquat, et particulièrement des conditions de logement adaptées à leurs besoins pourraient améliorer considérablement la qualité de vie et l'autonomie des personnes âgées.

Enfin cette autonomie n'est guère favorisée par l'attitude du système de soins vis-à-vis des problèmes de santé de ce groupe de la population. Selon les gériatres, certains médecins encouragent une surconsommation de médicaments chez les personnes âgées. On connaît maintenant certains effets iatrogènes associés à cette surconsommation et les pertes d'autonomie qu'ils entraînent. Les préoccupations de type diagnostic, et de traitement de problèmes aigus l'emportent encore sur les préoccupations d'autonomie, expliquant probablement la pauvreté des efforts de réadaptation physique et psychique destinés aux personnes âgées (psychogériatrie, ergothérapie, physiothérapie). Cette situation est particulièrement frappante dans les hôpitaux de long terme. Enfin on a déjà dénoncé les conséquences sur l'autonomie des personnes âgées d'une institutionnalisation abusive, et du manque de ressources intermédiaires et de services plus légers adaptés à leurs besoins réels.

Les moyens privilégiés

Les moyens proposés privilégient les actions favorisant une meilleure intégration sociale des personnes âgées, un renforcement de leur responsabilité, et l'octroi de services (logement, aide matérielle, soins), plus adaptés à leurs besoins et aux possibilités de leurs familles.

A) L'intégration sociale des personnes âgées

On peut notamment proposer:

— Plus de souplesse dans l'aménagement des conditions de travail pour les pré-retraités et dans les conditions de mise à la retraite et un encouragement à la préparation de la retraite.

— D'améliorer l'intégration des personnes âgées à la vie active (salariés, bénévoles).

— Le renforcement des réseaux de support naturel des personnes âgées (famille, voisinage) ou leur substitution par des groupes d'entraide quand ce support naturel fait défaut.

— L'accroissement de l'autonomie financière des personnes âgées et notamment des femmes seules qui n'ont jamais été sur le marché du travail et qui se retrouvent démunies en cas de séparation ou de décès du conjoint.

B) Formation et recherche

— Les individus qui interviennent auprès des personnes âgées devraient avoir une formation plus approfondie en gériatrie (médecins) et en gérontologie (infirmières, psychologues).

— Et connaître ainsi davantage les possibilités d'amélioration réelle de l'autonomie des personnes âgées, grâce à une réadaptation bien conçue.

— On doit fortement encourager la recherche appliquée ou clinique, sur le vieillissement.

C) Soins et services

— Les personnes âgées doivent avoir bien davantage accès à des services de réadaptation et de stimulation, à l'intérieur ou à l'extérieur du milieu hospitalier. Les Centres de jour constituent à cet égard une expérience intéressante.

— Elles doivent également avoir accès plus facilement à des services légers de soins (visites à domicile, traitement et réadaptation) au lieu d'être trop systématiquement hospitalisées, ou hébergées.

— Il s'agit d'offrir aux personnes âgées des conditions de vie et de logement plus favorables à leur autonomie: aménagement fonctionnel des logements, services de cafétéria, services ménagers, présence d'une infirmière, **mais surtout attacher une attention particulière aux aspects sécuritaires**.

— Que les CLSC qui offrent les services à domicile, aient plus de latitude dans le choix des types de ressources à offrir et dans la façon d'aménager celles-ci.
— Pour un certain nombre de ces services on pourrait avantageusement favoriser l'intervention de groupes d'entraide (visites, vacances-famille, contacts téléphoniques, etc.).
— Dans le cas d'une **autonomie réduite de ces personnes**, on devrait offrir un soutien matériel aux familles qui hébergent des personnes âgées: comme un hébergement temporaire (fin de semaine, vacances), une aide à domicile (garde de nuit) ou un soutien financier par crédit d'impôt.
— Lorsque l'institutionnalisation devient inévitable, on doit favoriser la participation des personnes âgées à leur milieu de vie (conseil d'administration, aménagement, possibilité d'apporter des meubles, etc.).
— Que les CRSSS assument le leadership prévu par la nouvelle réglementation en concertation avec l'ensemble du réseau afin de résoudre le problème du placement des personnes âgées. On devrait encourager une certaine souplesse dans le passage d'un type de ressources à un autre (Centre d'accueil, retour au domicile) en se souciant de conserver aux personnes âgées un maximum d'autonomie.

En résumé il nous apparaît essentiel

1° De renforcer les réseaux de support naturel des personnes âgées et le rôle de soutien des groupes d'entraide.
2° Que les personnes âgées aient un accès accru à des services de réadaptation et de stimulation en milieu hospitalier ou dans leur milieu de vie.
3° D'accorder un soutien technique et financier aux familles hébergeant une personne âgée dont l'autonomie est réduite.

Conclusion

Le Québec s'est donné il y a 15 ans un système de soins de qualité, largement accessible grâce à l'avènement du régime universel d'assurance-maladie. Il devrait se doter pour les années à venir d'une politique de la santé. L'enrichissement du concept de santé nous apparaît l'enjeu fondamental de cette politique. Un consensus semble aujourd'hui s'établir autour d'une définition positive de la santé, centrée sur la notion d'autonomie. Ainsi la santé serait-elle « le résultat du processus d'adaptation entre l'individu et son milieu, qui se traduit notamment par la capacité d'exercer ses activités habituelles et de mener à bien les projets qu'il s'est fixés ».

C'est sur cette définition que nous avons appuyé notre démarche. Celle-ci a abouti à l'identification d'objectifs de santé que nous jugeons prioritaires, et que nous proposons comme l'amorce d'une large discussion. Nous recommandons également un certain nombre de moyens privilégiés qui sont une invitation à l'action concertée. Et les principes qui, selon nous, doivent guider cette action sont les suivants:

— **Définir des objectifs d'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé.**
— **Privilégier les interventions en faveur des groupes de population les plus vulnérables et les moins autonomes.**
— **Renforcer la responsabilité de l'individu et de sa famille (pouvoir de décision et liberté de choix) sur sa vie en général et sa santé en particulier.**
— **Reconnaître l'importance des milieux de vie de l'individu comme source de risque ou au contraire de protection.**
— **Renforcer la capacité des milieux (famille, voisinage, école, travail, groupes d'entraide...) à jouer ce rôle de protection.**
— **Favoriser une orientation privilégiée de la recherche sur l'homme et la femme dans leur développement (de la conception à la mort) et dans leur environnement physique, biologique et psycho-social.**
— **Renforcer la prise de conscience par chaque acteur du domaine de la santé, à commencer par l'individu lui-même, de ses possibilités d'action et du nécessaire partage des responsabilités qui en découle. En définitive, faire de la santé une responsabilité partagée.**

Bi[illegible]graphie des auteurs cités

1. VERBRUGGE, L.M., *Longer Life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle Aged and Older Persons*, Michigan, The University of Michigan, 1983, 20 p.

2. STATISTIQUE CANADA ET MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, *La santé des Canadiens. Rapport de l'enquête Santé Canada*, Cat. 82-538F. Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services, 1981, 245 p.

3. DILLARD, S./Conseil des affaires sociales et de la famille, *Durée ou qualité de la vie?*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1983, 70 p. (Coll. « La santé des Québécois »).

4. ROY, L./Conseil des affaires sociales et de la famille, *Des victoires sur la mort*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1983, 78 p. (Coll. « La santé des Québécois »).

5. LEVASSEUR, M./Conseil des affaires sociales et de la famille, *Des problèmes prioritaires*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1983, 189 p. (Coll. « La santé des Québécois »).

6. BILLETTE, A., Les inégalités sociales de mortalité au Québec, *Recherches sociologiques*; 1977, XIII, 3: 415-430.

7. WILKINS, R., *Health Expectancy in the Territory of the Montreal General Hospital Department of Community Health*, Montréal, Montreal General Hospital, 1982, 83 p.

8. WILKINS, R., *L'état de santé au Canada, 1926-1976*, Document hors série no. 13, Montréal, Institut de recherches politiques, 1980.

9. PAMPALON, R., *Géographie de la mortalité au Québec*: rapport préliminaire, Québec, Ministère des Affaires sociales, Direction des politiques de santé, Service des études épidémiologiques, 1983, 280 p.

10. COMITÉ DE PROTECTION DE LA JEUNESSE, *Rapport d'activités 1981-1982*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1982, 66 p.

11. SÉGUIN, L., Nouveaux problèmes de santé des enfants: rôle des centres et départements de santé communautaire, *L'Union médicale du Canada*; 1983, 112, 2: 168-172.

12. VANDAL, S., La contraception à l'adolescence, *Nursing Québec*; 1982, 2, 2: 18-23.

13. LAPIERRE, L., *Conditions socio-économiques, habitudes de vie et santé des femmes*: document provisoire, Ottawa, Statistique Canada, 1983, 50 p.

14. COLVEZ, A., *Évolution aux États-Unis de l'impact des maladies sur l'espérance de vie sans incapacité 1966-1976*: données non publiées, France, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), 1982

15. LEVY, E. et al., *Évaluer le coût de la maladie*, Paris, Dunod, 1977.

16. CAMIRAND, F./Conseil des affaires sociales et de la famille, *Les coûts de la maladie*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1983, 50 p. (Coll. « La santé des Québécois »).

17. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, *Les dépenses nationales de santé au Canada 1970-1982*, Ottawa, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information, 1984, 108 p.

18. FÉDÉRATION EUROPÉENNE POUR LES PERSONNES AGÉES, L'assistance aux personnes âgées en Autriche, *EURAG*; 1980; No. 23, 28 p.

19. SICOTTE, C., *Évaluation des bénéficiaires en centres d'accueil d'hébergement et en centres hospitaliers de soins prolongés*, Québec, Ministère des Affaires sociales, Service de l'évaluation des programmes de santé, 1982, 18 p. et annexes.

20. HALL, E.M., *Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980: « Engagement au renouveau »*, Saskatoon, (S. éd.), 1980, 102 p.

21. MINISTÈRE DE LA MAIN-D'OEUVRE ET DE LA SÉCURITÉDU REVENU, *Statistiques de l'aide sociale*: données mensuelles, Québec, Direction des politiques de Sécurité du revenu, 1983.

22. COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC, *Rapport annuel 1982*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1983.

23. STATISTIQUE CANADA, *Rapport statistique sur l'application de la loi sur l'assurance-chômage*, Cat. 73-001, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services, 1983.

24. RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC, *Rapport annuel 1982-1983*, Québec, La Régie, 1983, 52 p.

25. CAMIRAND, F., *L'impact économique de la maladie*, Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, [À paraître].

26. LALONDE, M., *Nouvelle perspective de la santé des canadiens: un document de travail*, Ottawa, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1974, 82 p.

27. EVANS, R., A Retrospective on the « New Perspective », *Journal of Health Policies, Policy and Law*; 1982, 7: 325-344.

28. JENICEK, M., CLÉROUX, R., *Épidémiologie: principes, techniques, applications*, St-Hyacinthe, Paris, Edisem Inc. — Maloine, 1982, 454 p.

29. ROTHMAN, K.J., Causes, *American Journal of Epidemiology*; 1976, 104, 6: 587-592.

30. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ — Bureau régional de l'Europe, *Lifestyles and Their Impact on Health*, 1983: document non publié, Eur./RC-33/Tech-DISC/1.

31. GROS, F., JACOB, F., ROYER, P., Biologie appliquée à la médecine, in: *Sciences de la vie et société. Rapport présenté à M. le Président de la République*, Paris, La Documentation française, 1979, pp. 65-84.

32. ARO, S., Stress, morbidity and health related behavior: a five years follow-up study among Metal Industry Employees, *Scandinavian Journal of Social Medicine*; 1981 Supplementum 25: 2-105.

33. ARSENAULT, A., DOLAN, S., *Le stress au travail et ses effets sur l'individu et l'organisation*: rapport de recherche, Montréal, Institut de recherche en santé et en sécurité du travail, 1983, 357 p. et annexes.

34. HOUSE, J.S., JACKMAN, M.F., Occupational stress and health, In: Paul I. Ahmed and George V. Coelho, *Toward a New Definition of Health: Psychosocial Dimensions*, New-York, Phenum Press, 1979, pp. 135-139.

35. KARASEK, R. et al., Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men, *American Journal of Public Health*, 1981; 71, 7: 694-705.

36. BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *La nuptialité*: données non publiées, Québec, Service de l'analyse et de la prévision démographiques, 1984.

37. STATISTIQUE CANADA, *Ménages privés — Genres, nombre de personnes, composition*, Cat. 92-904, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services, 1982.

38. LEFEBVRE, P., *La révolution tranquille des modes de vie familiaux: une analyse des implications socio-économiques et de l'adéquation des politiques sociales*, Montréal, Université du Québec (LABREV), 1980, 462 p.

39. BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Démographie québécoise: passé, présent, perspectives*, Québec, le Bureau, 1983, 457 p.

40. CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE, *La famille, demain*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1982, 75 p.

41. RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC, *Perspectives statistiques — Revue statistique annuelle de la Régie des rentes du Québec — 1982*, Vol. 2, Québec, Direction de la recherche et de la statistique, 1983.

42. RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC, *Statistiques mensuelles*; 1983, Vol. 3, no. 8.

43. ROY, L., *Taux d'avortement*: données non publiées, Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, 1984.

44. STATISTIQUE CANADA, *Population*, Cat. 91-512 Hors Série et Cat. 92-901, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services, Données des recensements 1961-1971-1981.

45. BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Perspectives provisoires de population selon le sexe et l'âge - Québec 1981 - 2001*, Québec, Service de l'analyse et de la prévision démographique, 1983, 537 p.

46. STATISTIQUE CANADA, *Population active*, Cat. 71-001, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services.

47. KAMERMAN, S.B., *Parenting in an Unresponsive Society. Managing Work and Family Life*, New-York, The Free Press, 1980, 196 p.

48. BRONFENBRENNER, U., GARBARINO, J., *Research on Parent-child Relations and its Relation to Social Policy: Who Needs Whom?* A paper presented at the Symposium on « Parent-child relations: Theoretical, Methodological and Practical Implications », held at the University of Trier, Trier, West Germany, May 13-16, 1976, 31 p.

49. FORTIN, B., La sécurité du revenu au Québec: un bilan, *Revue analyse de politiques*, [À paraître].

50. DILLARD, S., *Une analyse multivariée de l'influence de l'environnement social sur la santé*, Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, 1984, [À paraître].

51. BOZZINI, L., TESSIER, R., « Support social et Santé », in: L'institut québécois de recherche sur la culture, *Traité d'anthropologie médicale*, [À paraître].

52. GRAVES, T.D., GRAVES, N.B., *Situational Stressors, Social Supports, Type A Personality and Health Status Among New-Zealander Workers of Polynesian and European Heritage*, Santa Cruz, University of California, 1983, 24 p.

53. TURNER, R.J., Social support as a contingency in psychological well-being, *Journal of Health and Social Behavior* 1981; 22: 357-367.

54. WILLIAMS, A., JOHN, W., WACE, E., DONAN, C.A., A model of mental health, life events and social supports applicable to general populations, *Journal of Health and Social Behavior* 1981, 22: 324-336.

55. BLAZER, D.G., Social support and mortality in an elderly community population, *American Journal of Epidemiology*; 1982, 115, 5: 684-694.

56. LAVOIE, F., Modes d'évaluation des groupes d'entraide, *La revue québécoise de psychologie*; 1981, 2, 3: 104-117.

57. BLOOM, B.L., Advances and obstacles in prevention of mental disorders, in: *The Modern Practice of Community Mental Health*, Herbert C. Schullberg, Maria Killilia, ed., San Francisco, Jossey Baro Publishers, 1982, pp. 126-147.

58. ROSENSTOCK, I., Prevention of illness and maintenance of health, in: *Poverty and Health, a Sociological Analysis*, Edited by John Kosa and E.K. Zola, Cambridge Massachusetts, Harvard University Press, 1975.

59. MACKINLAY, J.B., The help seeking behavior or the poor, in: *Poverty and Health a Sociological Analysis*, Edited by John Kosa and E.K. Zola, Cambridge Massachusetts, Harvard University Press, 1975.

60. SIEMIATYCKI, J., RICHARDSON, L., *Les facteurs socio-économiques et l'utilisation des services de santé à Montréal*: document de travail, Traduit par Alice Rosenberg, Ville de Laval, Institut Armand-Frappier, Centre de recherche en épidémiologie et médecine préventive, 1981, 28 p.

61. PENFOLD, S., LABONTÉ, R., Analyse critique des perspectives canadiennes en promotion de la santé, *Éducation sanitaire*; 1981, 19, 3/4: 4-10.

62. DE KONINCK, M., SAILLANT, F., DUNNIGAN, L./CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME, *Essai sur la santé des femmes*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1981, 342 p.

63. GAUTHIER, Y., De la mauvaise mère à la vulnérabilité de la relation parents-enfants, *Canadian Journal of Psychiatry*; 1979, 24, 7: 633-643.

64. SECRÉTARIAT PERMANENT DES CONFÉRENCES SOCIO-ÉCONOMIQUES, *L'état de la situation socio-économique. La conférence au sommet – Québec 1982*, Document de travail déposé par le Secrétariat permanent des conférences socio-économiques à la conférence au sommet de Québec tenue les 5, 6 et 7 avril 1982, 128 p.

65. MINISTÈRE DU TRAVAIL, Centre de recherches et de statistiques sur le marché du travail, *Le marché du travail*; 1984, Vol. 5, No. 1, 91 p.

66. BRENNER, H., Estimating the social costs of national economic policy: implications for mental and physical health, and criminal aggression; a study, in: *Achieving the Goals of the Employment Act of 1946 — Thirtieth Anniversary Review*. Prepared for the use of the Joint Economic Committee Congress of the United States, 94th Congress, 2nd Session, Vol. I – Employment No. 5, Washington, U.S. Government Printing Office, 1976, 227 p.

67. ADAMS, O.B./Statistique Canada, *Influence économique sur la santé des canadiens: analyse chronologique de taux canadiens de mortalité et de chômage 1950-1977*, Cat. 82-539F, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services, 1982, 68 p.

68. GORE, S., The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment, *Journal of Health and Social Behavior*; 1978, 19: 157-165.

69. FORTIN, D., *Impact du chômage sur le bien-être psychologique et la santé mentale: revue de littérature*, Québec, Université Laval, École de psychologie, 1983, 211 p.

70. BELLEMARE, D., POULIN-SIMON, L., *Le plein emploi: pourquoi?*, Montréal, UQAM (LABREV), Institut de recherche appliquée sur le travail, Presses de l'Université du Québec, 1983, 273 p.

71. DEMERS, M., *Les jeunes et le chômage: conséquences psychologiques et sociales*, Québec, Université Laval, Département de médecine sociale et préventive, 1982, 70 p.

72. ROSS, D.P., *Données de base sur la pauvreté au Canada — 1983*, Ottawa, Conseil Canadien de développement social, 1983.

73. CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, *Soixante-cinq et plus – Rapport du Conseil national du Bien-être social sur les revenus des personnes âgées*, Ottawa, Le Conseil, 1984.

74. LEFEBVRE, P., *La réforme de la sécurité du revenu dans une perspective de redistribution des revenus*, Cahier 8105, Montréal, UQAM (LABREV), Institut de recherche appliquée sur le travail, 1981, 41 p.

75. DROLET, P., BLOUIN, P., *Caractéristiques de la clientèle à l'aide sociale*, Québec, Ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du Revenu, Direction des Politiques de Sécurité du Revenu, 1981.

76. HOWE, H., Health and work, *American Journal of Public Health*; 1975, 65, 1: 82.

77. VINET, A., Travail et santé mentale: une problématique à bâtir, *Santé mentale au Québec*; 1983, VIII, 1: 21-29.

78. WOLFE, B., HAVEMAN, R., Time allocation, market work, and changes in female health, *American Economic Review*; May 1973; Vol. 73, No. 2: Papers and proceedings of the 95th annual meeting of the American Economic Association, New-York, december 1982.

79. MINISTÈRE D'ÉTAT AU DÉVELOPPEMENT SOCIAL, *Santé et Sécurité au travail — Politique québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1978, 289 p.

80. COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL DU QUÉBEC, *Rapport annuel 1982*, Québec, La Commission, 1983.

81. COMMISSION D'ENQUÊTE SUR LA TRAGÉDIE DE LA MINE BELMORAL ET LES CONDITIONS DE SÉCURITÉ DANS LES MINES SOUTERRAINES, *La sécurité dans les mines souterraines*, Vol. III, Québec, Conseil exécutif, 1982.

82. MERGLER, D., *Approche biologique en milieu de travail*: Conférence — IRSST, Montréal, Institut de recherche en Santé et Sécurité du travail, Département des sciences biologiques, 1983, 36 p.

83. MERGLER, D., DESNOYERS, M., Milieu de travail et Santé, analyse de la situation québécoise, in: Reynault et al., *Médecine et Société*, Montréal, Éditions Albert St-Martin, 1981, pp. 235-249.

84. BÉGIN, C., BOULARD, R., BILLETTE, A., PÉRUSSE, M., TURCOTTE, F., VÉZINA, M., *Le contexte de travail et les caractéristiques de la tâche comme facteurs de risque en santé et sécurité du travail*, Québec, Université Laval, 1983, 94 p.

85. COMMISSION SUR L'INFORMATISATION, L'EMPLOI ET LE TRAVAIL, *Les conférences socio-économiques du Québec — La Conférence sur l'électronique et l'informatique. — Rapport de la Commission 3 « L'informatique, l'emploi et le travail »*, Québec, Secrétariat permanent des conférences socio-économiques, 1984, 66 p.

86. INSTITUT DE RECHERCHE APPLIQUÉE SUR LE TRAVAIL, *Nouvelles technologies et caractéristiques du travail: bilan — synthèse des connaissances*, Montréal, l'Institut, 1983, (Collection technologie et travail: No. 6).

87. LUFT, H.S., *Poverty and Health: Economic Causes and Consequences of Health Problems*, Cambridge Massachusetts, Ballinger Publishing Company, 1978, 263 p.

88. GIROUARD-LEFEBVRE, A., *Recherche sur l'appauvrissement des petits salariés. — Étude comparative de différents groupes de travailleurs et d'anciens travailleurs devenus chômeurs ou assistés sociaux*, Montréal, Centre de Services sociaux du Montréal métropolitain, 1978.

89. PAMPALON, R., *Environnement et santé. Éléments d'une problématique québécoise*, Ministère des Affaires sociales, Service des études épidémiologiques, 1980, 133 p.

90. MALO, D., *Quelques aspects de la gestion des déchets au Québec*, Québec, Ministère de l'Environnement, Direction de la gestion des déchets, 1980, 53 p.

91. THOMAS, LEWIS (m.d.) chairman, *Report of the Governor's Panel to Review Scientific Studies and the Development of Public Policy on Problems Resulting from Hazardous Wastes*, New-York, Executive Chamber, 1980, [70 p.].

92. DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE, CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE RIMOUSKI, *Rapport d'étude épidémiologique descriptive portant sur le syndrôme hémolytique et urémique du Québec (1979-1982)*, Mars 1984.

93. PAYMENT, P., *Élimination des virus et bactéries au cours de la préparation de l'eau potable à sept usines de filtration*, Ville de Laval, Institut Armand-Frappier, Université du Québec, 1983, 143 p.

94. LARUE, M., RIOPEL, A., *Qualité de l'eau de consommation au Québec*, Ministère de l'Environnement, Direction du Contrôle, 1983, 92 p.

95. COMMUNAUTÉ URBAINE DE MONTRÉAL, *L'assainissement de l'air dans l'Île de Montréal 1872-1980*, Montréal, Service de l'assainissement de l'air et de l'inspection des aliments, 1980, 110 p.

96. BOFFEY, Philip, M., After Years of Cancer Alarms, Progress Amid the Mistakes, *The New-York Times*, March 20, 1984, p. C1 et C13.

97. DOLL, R., PETO, R., The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risk of cancer in the United States Today, *Journal of the National Cancer Institute*; 1981, 66, 6: 1193-1308.

98. AMES, B.N., Dietary carcinogens and anticarcinogens, *Science*; September 1983, 221, 4617: 1256-1264.

99. YANKELOVICH, SKILLY AND WHITE, *The General Mills American Family Report, 1978-1979: Family Health in an Era of Stress*, Minneapolis, General Mills Inc., 1979, 792 p.

100. GARBARINO, J., *The Issue is Human Quality: in Praise of Children*, 1979 Mitchell Prize Winner, The Woodlands Conference on Growth Policy, An Essay Written in Commemoration of the International Year of the Child, 32 p.

101. SHERWOOD, S. et al., *An Alternative to Institutionalization: The Highland Heights Experiment*, Robert J. Kastenbaum and Theodore X. Barber, Series Editors, Ballinger Publishing Company, 1981, Cambridge Massachusetts, 323 p.

102. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, *Usage du tabac au Canada de 1965 à 1979*, Ottawa, Direction de la promotion de la santé, 1980, 45 p.

103. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, *L'usage du tabac chez les Canadiens en 1981*, Ottawa, Direction de la promotion de la santé, 1983, 78 p.

104. ROY, L., *Le point sur les habitudes de vie: le tabac. Données québécoises*, Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, [Données non publiées].

105. THE CANADIAN GALLUP POLL LIMITED, *Summary of Results Gallup Youth Omnibus Study*, Ottawa, Ministère de la Santé et du Bien-être social, Direction de la promotion de la santé, 1982, 75 p.

106. ROY, L., *Le point sur les habitudes de vie: alcool. Données québécoises*, Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, [Données non publiées].

107. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, *Communiqué sur la santé des Canadiens: Problèmes liés à l'alcool — (A-04)*, Ottawa, Direction de la promotion de la santé, janvier 1981.

108. LUCE, B.R., SCHWEMZER, S.O., Smoking and alcohol abuse: a comparison of their economic consequences, *The New England Journal of Medicine*; 1978, 298, 10: 569-573.

109. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, *Une politique québécoise en matière de nutrition*, 4e édition, Québec, Service des études épidémiologiques, 1980, 89 p.

110. THE LIPID RESEARCH CLINICS CORONARY PRIMARY PREVENTION TRIAL GROUP, The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial, *JAMA*; 1984, 251, 3: 351-374.

111. ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE, *Statistiques de la consommation des denrées alimentaires*, Paris, OCDE, 1981.

112. ROY, L., *Le point sur les habitudes de vie: l'alimentation et l'activité physique. Données québécoises*, Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, [Données non publiées].

113. BRODEUR, J.M., LAMBERT, I., RIVARD, M., ST-JACQUES, B., *Marathon international de Montréal de 1982 et habitudes de vie des marathoniens*, rapport final de recherche, Montréal, Université de Montréal, Août 1983.

114. STEPHENS, T., *Condition physique et mode de vie au Canada — Rapport de l'enquête sur la condition physique au Canada*, Ottawa, Condition physique et Sport amateur, 1983, 67 p.

115. COMITÉ D'ÉTUDE SUR LA CONDITION PHYSIQUE DES QUÉBÉCOIS, *Comité d'étude sur la condition physique des Québécois: le rapport et les recommandations*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1974, 303 p.

116. STEPHENS, T., Surveys of Fitness and Physical Recreation Patterns, in: Ministère de la Santé et du Bien-être social, *Proceedings Canadian Contribution to a Canadian/U.S. Seminar on Health Promotion and Disease Prevention Research*, Ottawa, Direction générale des services et de la promotion de la santé, November 11, 1982.

117. ROY, L./Conseil des affaires sociales et de la famille, *Médicaments ou potions magiques*? Québec, Éditeur officiel du Québec, 1982, 95 p.

118. RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC, *Statistiques annuelles de la Régie de l'assurance-maladie 1981 — 1982 — 1983*, Québec, La Régie.

119. CONTANDRIOPOULOS, A.P., L'économie du système de santé, in: Institut québécois de recherche sur la culture, *Traité d'anthropologie médicale*, [À paraître].

120. BEGIN, Cl., L'évolution du système de santé au Québec 1973-1983, *Administration hospitalière et sociale*; 1983, XXIX, 5: 17-22.

121. DE KERVASDOUÉ, J., La crise conduira à de nouvelles formes de solidarité, in: *L'Assurance-maladie a 100 ans — 1883-1983*, Actes du 5e Colloque Jean-Yves Rivard tenu à Montréal les 19 et 20 mai 1983, Montréal, Les Éditions Administration et Santé, 1984, pp. 145-161.

122. ANGUS, D.E., *Future Health Care Costs in Canada*, Ottawa, Health Division, Statistics Canada, Presentation the John Deertsch Memorial Policy Forum on « Medicare in an Age of Restraint », March 7, 1984, Queen's University, Kingston, Ontario, 22 p.

123. CONTANDRIOPOULOS, A.P., *Le niveau de financement des services de santé: quelques critères d'appréciation*, Montréal, Université de Montréal, Département d'administration de la santé, 1983, 24 p.

124. HOULD, F.J., *Bilan de l'assurance-maladie au Québec: Requiem ou Te Deum*, Cinquième Colloque Jean-Yves Rivard, Université de Montréal, 19 et 20 mai 1983, 43 p.

125. LESSARD, R., PINEAULT, R., *Le système de santé au Québec: objectifs de système ou objectifs de santé*?, Québec, (S. éd.), 1983, 21 p.

126. HUNG, N.M., *Utilisation des services médicaux de la Régie d'assurance-maladie du Québec — Rapport final*, Montréal, Laboratoire sur la répartition et la sécurité du revenu, Université du Québec à Montréal, Septembre 1981.

127. CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Les effectifs médicaux au Québec — Situation de 1972 à 1982 et projections pour 1986*, Montréal, La Corporation, 1983, p. 112-113.

128. GAYTON, D., Shell games deprives Montreal hospitals of beds for Acute care, *The Gazette*, Montreal, September 1, 1983.

129. DE KERVASDOUÉ, J., LACRONIQUE, J.F., L'état et la technique: l'apparition du rationnement, in: J. De Kervasdoué, J. Kimberley et V. Rodwin, *La santé rationnée? La fin d'un mirage*, Paris, Economica, 1981, pp. 89-116.

130. MCGREGOR, M., L'impact de la technologie, in: Institut québécois de recherche sur la culture, *Traité d'anthropologie médicale*, [À paraître].

131. GROUPE INFORMATIQUE QUÉBEC, *Informatique Québec*; avril 1984, no 49: « Informatique et Santé ».

132. THOMAS, L., *The Lives of the Cell*, New-York, Bantam Books, 1974.

133. LEPAGE, R. et al., Surconsommation d'analyses: la responsabilité du laboratoire, *L'Union médicale du Canada; 1984, 113, 6: 526-532*.

134. FINEBERG, H.V., COLLEN, M.F. et al., MARTIN, A.R. et al., in: JOLY, J.G., La rationalisation des coûts de laboratoire: l'importance du leadership médical éclairé, *L'Union médicale du Canada*; 1982, 111, 2: 167-172.

135. IGLEHART, J. K., Health policy report: another chance for technology assessment, *The New England Journal of Medicine*; 1983, 309, 8: 509-512.

136. SAILLANT, F., *Le mouvement pour la santé des femmes: perspectives sur la recherche et sur le renouvellement des pratiques en matière de santé depuis 1970*, Québec, Université Laval, École des sciences infirmières, 1981.

137. HALL, E.M., *Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980: « Engagement au renouveau »*, Saskatoon, (S. éd.), 1980, 102 p.

138. HOULD, F., *Le système des honoraires modulés: rapport du Comité sur la rémunération des professionnels de la santé du Québec*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1980, 319 p.

139. LEE, S.S., *Quebec's Health System: A Decade of Change, 1967-1977*, Ottawa, The Institute of Public Administration of Canada, 1979, 54 p.

140. DIVAY, G., GODBOUT, J., Les expériences de participation dans les unités locales de services publics, in: *La décentralisation en pratique, quelques expériences montréalaises. 1970-1977*, Rapports de recherches no. 5, Montréal, INRS Urbanisation, mars 1979.

141. GOSSELIN, R., Decentralization/Regionalization in Health care: the Quebec experience, *Health Care Management Review*; Winter 1984, pp. 7-25.

142. BRUNET, Cl., Faut-il une charte des droits des malades?, *Le Devoir*, 20 mars 1984.

143. BILODEAU, L., *Étude sur les services sociaux et les services de santé au Québec*, Québec, Ministère des Affaires sociales, Service des études socio-économiques, 1976, 44 p. et annexes.

144. BOUCHARD, P., VALLIÈRES, C., PRONOVOST, L., *Étude sur les services sociaux et les services de santé — III*, Québec, Ministère des Affaires sociales, Service des études sociales, 1980, 136 p.

145. CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE, *Mourir chez soi... Un avis du Conseil des affaires sociales sur l'humanisation des soins aux mourants*, Québec, Le Conseil, 1981.

146. FITZGERALD, F. Science and Scam: Alternative Thought Patterns in Alternative Health Care, *The New England Journal of Medicine*; oct. 27 1983, 309, 17: 1066.

147. LISTER, J., Current Controversy on Alternative Medicine, *The New England Journal of medicine*; dec. 15 1983, 309, 24: 1524-1527.

148. BOSQUET, M., Plaidoyer pour les médecines douces, *Le Nouvel Observateur*; 7 avril 1980.

149. DUFRESNE, J., Les médecines douces, *Critères*: Automne 1983, 36: 35-44.

150. COMMISSION D'ÉTUDE DES SYSTÈMES DE MÉDECINE PARALLÈLE, Les médecines parallèles aux Pays-Bas, *Forum mondial de la Santé*; 1982, 3: 230-235.

151. FARQUHARSON, A., Self-help groups: a health ressource, in; *Health and Canadian Society: Sociological Perspectives*, Canada, Fitzhenry and Whiteside Limited, 1981, pp. 313-321.

152. LEVIN, LOWEL, S., Table ronde: prendre en charge sa propre santé: une arme à double tranchant, *Forum mondial de la santé*; 1981, 2, 2: 208-217.

153. ROBINSON, D., Le rôle des groupes d'auto-assistance dans les soins de santé primaires, *Forum mondial de la santé*; 1981, 2, 2: 218-224.

154. DE BERNIS, G., *Proposition pour une politique de prévention, Rapport au ministre de la santé*, Paris, La documentation française, 1982, 126 p.

155. MCQUEEN, D., SIEGRIST, J., Social factors in the etiology of chronic disease: an overview, *Social Science and Medicine*; 1982, 16: 353-367.

156. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), *Nouvelles approches de l'éducation pour la santé dans le cadre des soins de santé primaires. Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS*, Série de rapports techniques: 690, Genève, l'Organisation, 1983, 48 p.

Bibliographie sommaire par objectifs

Objectif I

BEAULIEU, G./Conseil des affaires sociales et de la famille, *Le rêve éclaté*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1983, 56 p.

BLANCHET, M., LEVASSEUR, M., Dossier Périnatalité : bilan et prospective, *Carrefour des affaires sociales*; septembre 1980, Vol. 2, Édition spéciale : 10-28.

MESSING, K., Est-ce qu'on protège la travailleuse enceinte au Québec ?, *L'Union médicale du Canada*; 1982, III, 2 : 155-164.

DALLAIRE, L., MELAÇON, S.B., POTIER, M., GAGNON, M., BOISVERT, J., LORTIE, G.,

— Le diagnostic prénatal des maladies génétiques, Partie I : les indications, *L'Union médicale du Canada*; 1982, III, 3 : 189-202.

— Le diagnostic prénatal des maladies génétiques au second trimestre de la grossesse. Partie II : les résultats, *L'Union médicale du Canada*; 1982, III, 4 : 299-309.

DAGENAIS, D.L., COURVILLE, L., DAGENAIS, M.G., *Évaluation de la rentabilité sociale du réseau génétique québécois*, Cahier 8052, Montréal, Université de Montréal, Département de science économique et Centre de recherche en développement économique, 1981, 95 p.

Objectif II

BLOOM, B.L., Advances and obstacles in prevention of mental disorders, in : *The Modern Practice of Community Mental Health*, Herbert C. Schullberg and Maria Killilia ed., San Francisco, Jossey Baro Publishers, 1982, pp. 126-147.

BRONFENBRENNER, U., *A Report on Longitudinal Evaluations of Preschool Programs*, Vol. II : *Is Early Intervention Effective ?*, Rockville, U.S. Department of Health, Education and Welfare Office of Human Development, 1974, 60 p.

CRITTENDEN, A., New insights into infancy : a burgeoning specialty may shed light on early emotional development, *The New-York Times Magazine*; Nov. 13, 1983, pp. 83-96.

GAUTHIER, Y., De la « mauvaise mère » à la vulnérabilité de la relation parents-enfants, *Arch. Gen. Psychiatry*; July 1982, 39 : 829-833.

KAMERMAN, S.B., *Parenting in an Unresponsive Society. Managing Work and Family Life*, New-York, The Free Press, 1980, 196 p.

KENDELL, R.E. et al., The influence of child birth on psychiatry morbidity, *Psychological Medicine*; 1976, 6: 297-302.

TABLEMAN, B., Overview of programs to prevent mental health problems of children, *Public Health Reports*; jan. - feb. 1981, 96: 38-44.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE, *La famille, demain*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1982, 75 p.

Objectif III

BOURBEAU, R., *Les accidents de la route au Québec 1926-1978: Étude démographique et épidémiologique*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1983, 424 p. (Coll. « Démographie canadienne »).

GALLAGHER, S.S. et al., A strategy for the reduction of childhood injuries in Massachusetts: SCIPP, *The New England Journal of Medicine; 1982, 307, 16: 1015-1018.*

WHITEHEAD, P.C., L'alcool et les jeunes conducteurs: impact et répercussions de l'abaissement de l'âge légal de consommation de l'alcool, Ottawa, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Direction de l'Usage non médical des drogues, 1977, 77 p. (Coll. « Monographies »).

RÉGIE DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC, *Rapport statistique 1982*, Québec, Service de la recherche et de la statistique, 1984, 215 p.

Objectif IV

BRONFENBRENNER, U., GARBARINO, J., *Research on Parent-Child Relations and its Relation to Social Policy: Who Needs Whom?*, A paper presented at the Symposium on « Parent-Child Relations: Theoretical, Methodological and Practical Implications », held at the University of Trier, Trier, West Germany, May 13-16, 1976, 31 p.

CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE, *L'éducation sexuelle à l'école: une nécessité*. Québec, Le Conseil, 1981, 8 p. (Coll. « Études et avis »).

L'INSTITUT CANADIEN DE LA SANTÉ INFANTILE, *Adolescentes: grossesse et sexualité*, Ottawa, L'Institut, 1980, 4 p.

DESROSIERS-LAMPE, M., FRAPPIER, J.Y., La grossesse à l'adolescence, *L'Union médicale du Canada*; 1981, 110, 3: 6-11.

WILKINS, J., ONETTO, N., FRAPPIER, J.Y., La sexualité à l'adolescence: phénomène pluridimensionnel, *L'Union médicale du Canada*; 1981, 110, 3: 3-5.

Objectif V

BLOOM, B., Advances and obstacles in prevention of mental disor ders, in: *The Modern Practice of Community Mental Health*. Herbert C. Schulberg and Maria Killilia, ed., San Francisco, Jossey Baro Publishers, 1982, pp. 126-147.

LORTIE, G./Comité de la santé mentale du Québec, *Avis sur la prévention du suicide*, Québec, Ministère des Affaires sociales, 1982, 101 p.

EISENBERG, L., A research framework for evaluating the promotion of mental health and prevention of mental illness, *Public Health Reports*; 1981, 96: 3-19.

LECOMTE, Y., TOURIGNY, C., La communauté thérapeutique, *Santé mentale au Québec*; 1983, VIII, 1: 107-134.

LEDUC, A., Deux expériences de structures intermédiaires issues d'une institution traditionnelle: Foyer de groupe et appartements supervisés. *Santé mentale au Québec*; 1983, VIII, 1: 140-143.

MISHARA, B., TOUSIGNANT, M., Pour une véritable prévention primaire du suicide, *Revue québécoise de psychologie*; 1983, 4, 1: 21-31.

REINHERTZ, H.Z., Primary prevention of emotional disorders in school settings, in: *The Modern Practice of Community Mental Health*. Hubert C. Schulberg, Maria Killilia ed., San Francisco, Jossey Baro Publishers, 1982, pp. 445-466.

Objectif VI

BEAUSOLEIL, G., *Les bénéfices et les coûts de la santé et de la sécurité du travail*, exposé présenté à l'occasion du Congrès des Relations industrielles le 1er mai 1984, Université Laval, 42 p.

BÉGIN, C. et al., *Problèmes de santé et facteurs psychosociaux chez les travailleurs de la fonction publique québécoise: rapport de recherche*, Québec, Université Laval, Département des relations industrielles, 1982, 352 p.

BÉGIN, C. et al., *Le contexte de travail et les caractéristiques de la tâche comme facteurs de risque en santé et sécurité du travail*, Québec, Université Laval, Département des relations industrielles, 1983, 94 p.

COBURN, D., Work alienation and well-being, in: *Health and Canadian Society: Sociological Perspectives*, Canada, Fitzhenry and Whiteside Limited, 1981, pp. 420-437.

DE KONINCK, M., *Éléments pour une problématique de la santé des femmes au travail*, Québec, Ministère des Affaires sociales, Direction de la santé communautaire, 1983, 142 p.

MAROIS, P./Ministère d'État au développement social, Santé et sécurité au travail, *Politique québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1978, 289 p.

Objectif VII

MASON, WESLEY B. et al., Why people are hospitalized: a description of preventable factors leading to admission for medical illness, *Medical Care*; 1980, XVIII, 2: 147-163.

MRFIT GROUP, Multiple risk factor intervention trial; risk factor changes and mortality results, *The Journal of the American Medical Association*; 1982, 248, 12: 1465-1477.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Prévention des cardiopathies coronariennes*. Rapport d'un comité d'experts, Série de rapports techniques 678, Genève, l'Organisation, 1982, 63 p.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, *Plan of Action for the Implementation of Regional Strategies: Health for all by the Year of 2000*, Washington, Organisation mondiale de la santé, 1982, 96 p.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *Promoting Health/Preventing Disease: Objective for the Nation*, Hyattsville, Public Health Service, 1980, 102 p.

Objectif VIII

LATULIPPE, L. et al./Centre hospitalier de l'Université Laval, *Rhumatologie: approche des maladies rhumatismales*, Québec, CHUL, Unité des maladies rhumatismales, 1983, 262 p.

DE BLECOURT, J.J., WOOD, P.H.N., BADLEY, E.M., Aims of rehabilitation for rheumatic patients, *Clinics in Rheumatic Diseases*; 1981, 7, 2: 291-303.

FRANCK, M., Les ravages du mal au dos, in: *Le Point*, fév. 1980, no. 388.

SAMUELSON et al., Rheumatology: what should students know?, *Arthrites and Rheumatism*; 1979, 22, 3: 290-293.

YELIN, E., NEVITT, M., EPSTEIN, W., Toward an epidemiology of work disability, *Milbank Memorial Fund. Quarterly/Health and Society*; 1980, 58,3: 386-415.

Objectif IX

COX, T., MAC KAY, C., Psychosocial factors and psychophysiological mechanisms in the aetiology and development of cancers, *Soc. Sci. and Med.*; 1982, 16: 381-396.

DOLL, R., PETO, R., The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today, *Journal of the National Cancer Institutes*; 1981, 66, 6: 1193-1308.

FRAUMENI, J.F. jr., Epidemiologic approaches to cancer etiology, *Ann. Rev. of Public Health*; 1982, 3: 85-100.

HAKAMA, M., Prévision de l'incidence du cancer: présentation des expériences réalisées en Finlande et de quelques résultats, *World Health Statistics Quarterly*; 1980, 33: 228-240.

MONTAMBAULT, P., ASSELIN, Y., LAMARCHE, P., LAVIGNE, P., *Politique de prévention des problèmes reliés au tabagisme*, Québec, Ministère des Affaires sociales, Direction des politiques de santé, 1981, 55 p.

Objectif X

BENNETT, A.E., An experiment in rehabilitation of the elderly disabled, in: *Santé publique et vieillissement*, Colloque tenu à Paris les 18 et 19 juin 1981, Paris, Les Éditions de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, 1981, pp. 299-305.

BERNARD, J.-M., PELLETIER, M., *Le maintien à domicile des personnes âgées dans une approche communautaire intégrée: rapport d'une mission en Angleterre et en Écosse, (20 sept. - 3 oct. 1981)*, Québec, Ministère des Affaires sociales, 1982, 81 p.

CORIN, E., Les stratégies sociales d'existence des personnes âgées: une utilisation dynamique de l'analyse des réseaux sociaux, *Santé mentale au Canada*; 1982, 30, 3: 8-14.

FÉDÉRATION EUROPÉENNE POUR LES PERSONNES AGÉES, L'assistance aux personnes âgées en Autriche, *EURAG*; 1980, No. 23, 28 p.

FÉDÉRATION EUROPÉENNE POUR LES PERSONNES ÂGÉES, Le maintien à domicile des personnes âgées, *EURAG*; 1977, No. 12, 22 p.

HARSHMAN, F.C., Aide à domicile pour les personnes âgées: un exemple futuriste, *Santé mentale au Canada*; 1982, 30, 3: 4-7.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, *Politique du ministère des Affaires sociales à l'égard des personnes âgées*: document de consultation, Québec, Service des politiques aux adultes et personnes âgées, 1982, 119 p.

SHERWOOD et al., *An Alternative to Institutionalization: The Highland Heights Experiment*, Robert J. Kastenbaum and Theodore X. Barber, Series Editors, Ballinger Publishing Company, Cambridge Massachusetts, 1981, 323 p.

Liste des graphiques et des tableaux

Page

Graphique 1
— Baisse de la mortalité infantile au Québec et au Canada, 1931 à 1982 28
Graphique 2
— Gains en espérance de vie des hommes et des femmes de 65 ans, Québec, 1930 à 1980 30
Graphique 3
— Espérance de vie totale et espérance de vie en bonne santé des hommes et des femmes à la naissance, Québec, 1980 33
Graphique 4
— Comparaison des taux de suicide au Québec et au Canada en 1981 38
Graphique 5
— Mortalité par cancer chez la femme : trois tendances différentes, Québec, 1950-1982 44
Graphique 6
— Dépenses publiques de santé selon l'âge et le sexe, Québec, 1980-1981 50
Graphique 7
— Répartition des dépenses publiques de santé selon la maladie, Québec, 1980-1981 52
Graphique 8
— Pertes économiques dues à la maladie selon l'âge, Québec, 1980-1981 56
Graphique 9
— Importance des pertes économiques par pathologie, Québec, 1980-1981 57
Graphique 10
— Influence du revenu sur les restrictions permanentes d'activité des personnes âgées de 45 à 64 ans, Québec, 1980 85
Graphique 11
— Influence de l'âge et du sexe sur la consommation de tabac, Québec, 1981 100

Figure 1
— Approche écologique de la santé 65
Tableau 1
— L'impact des principales maladies sur l'espérance de vie en bonne santé des Québécois, 1980 47
Tableau 2
— Importance des décès épargnés au Québec en 1981 grâce à la baisse de la mortalité depuis 1971 60

Table des matières

Avant-propos 5

Composition du comité 7

Liste des personnes consultées 9

Résumé 13

Introduction 21

1. Bilan de la santé des Québécois 25

1.1 La santé des Québécois s'est-elle améliorée au cours des dix dernières années ? 25

1.1.1 Comment mesurer l'état de santé d'une population ? 25

1.1.2 L'espérance de vie s'est accrue pour tous les groupes d'âge 27

1.1.3 L'espérance de vie ordinaire des Québécois s'est améliorée mais qu'en est-il de l'espérance de vie en bonne santé ? 32

1.2 Quels sont les principaux problèmes de santé dont souffrent aujourd'hui les Québécois ? 35

1.2.1 Les maladies selon les âges de la vie 35

1.2.2 Quel est l'impact des différentes maladies sur l'espérance de vie en bonne santé des Québécois ? 42

1.3 Quel est le coût économique et social de la maladie au Québec au début des années 1980 ? 47

1.3.1 Les coûts directs de la maladie : combien dépense-t-on au Québec pour lutter contre elle ? 48

1.3.2 Les coûts indirects de la maladie : quel est l'impact de la maladie sur le bien-être de l'individu et de la société ? 51

2. Les déterminants de la santé au Québec 61

2.1 Un concept de santé globale enrichi par une approche écologique de la santé 61
2.2 Les différents déterminants de la santé 63
2.2.1 Les différents aspects de la biologie humaine 64
Les facteurs environnementaux:
2.2.2 Le stress 69
2.2.3 L'environnement social 72
2.2.4 L'environnement économique 76
2.2.5 L'environnement de travail 86
2.2.6 L'environnement physique 95
2.2.7 Les habitudes de vie 99
2.2.8 Les facteurs de risque sont concentrés chez certains individus ou groupes de la population 109
2.3 Le système de soins 111
2.3.1 L'importance économique du système de soins 112
2.3.2 L'accessibilité aux soins 117
2.3.3 Le système de soins et la technologie 122
2.3.4 L'humanisation des soins 127
2.3.5 Les alternatives à la médecine classique 132
2.3.6 Le système de soins a besoin d'objectifs de santé 133

3. Pour une politique de santé 135

3.1 De nouveaux enjeux 135
3.1.1 Un enrichissement du concept de santé 135
3.1.2 Un enrichissement de la prévention 136
3.1.3 Un enrichissement du concept de responsabilité 138
3.1.4 Un élargissement de la notion d'inégalité 141
3.2 Des principes généraux d'actions 142
3.2.1 Améliorer l'acquisition et la diffusion des connaissances dans le domaine de la santé 143
3.2.2 Améliorer la prise en compte de la dimension santé dans les interventions publiques 144

3.2.3 Attitudes et pratiques des professionnels de la santé 145
3.2.4 L'importance des milieux de vie 146
3.3 Les objectifs prioritaires d'une politique de santé 147
3.3.1 L'identification des critères 148
3.3.2 Le choix d'objectifs généraux d'amélioration de la santé 149
3.3.3 Le choix d'objectifs spécifiques d'amélioration de la santé : 150

I. Diminuer le nombre de naissances présentant de graves anomalies ainsi que l'impact de ces anomalies pour l'enfant et sa famille 152
II. Favoriser le développement affectif et social des enfants âgés de 0 à 5 ans 157
III. Diminuer les morts par accidents de la route chez les jeunes de 6 à 24 ans 160
IV. Diminuer le nombre de grossesses non désirées et leur impact chez les adolescentes 163
V. Diminuer l'incidence et la gravité des problèmes de santé mentale chez les jeunes de 15 à 24 ans 167
VI. Diminuer l'incidence, la gravité et l'impact des problèmes de santé physique et mentale en milieu de travail 174
VII. Diminuer l'incidence et l'impact des maladies cardio-vasculaires 179
VIII. Diminuer l'incidence, la gravité et l'impact des maladies du système ostéo-articulaire 182
IX. Diminuer l'incidence et l'impact des cancers 185
X. Favoriser l'autonomie des personnes âgées. 189

Conclusion 193

Bibliographie des auteurs cités 195

Bibliographie sommaire par objectifs 207

Liste des graphiques et des tableaux 213

Les Québécois sont-ils en santé? Comment leur santé se compare-t-elle à celle des autres Canadiens? Quelles maladies affectent surtout la qualité de la vie? Les habitudes de vie se sont-elles améliorées? Que penser du système de soins? Combien coûtent les soins et quelles maladies sont à l'origine du manque à gagner dans notre société?

Objectif: santé fait le point sur ces questions, mais aussi et surtout, propose un éventail de solutions. À travers les 10 objectifs d'amélioration de l'état de santé et les nombreux moyens d'y parvenir, le rapport fait des propositions concrètes.

Issu de la réflexion d'un groupe de professionnels(les) de la santé et de gestionnaires du secteur public et privé, ce document du Conseil des affaires sociales et de la famille s'adresse à tous ceux qui ont la responsabilité de la santé de personnes ou de collectivités.

Gouvernement du Québec
Conseil des affaires sociales et de la famille

Imprimé au Québec, Canada